



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Escuela
de Salud
Pública
DR. SALVADOR ALLENDE
UNIVERSIDAD DE CHILE

Jornadas Chilenas de Salud Mental Comunitaria

Santiago de Chile, 9 - 10 de octubre 2014

Avanzar hacia la ciudadanía plena y el disfrute de derechos
Experiencias de trabajo comunitario en Salud Mental



Jornadas Chilenas de Salud Mental Comunitaria

“Avanzar hacia la ciudadanía plena y el disfrute de derechos.
Experiencias de trabajo comunitario en Salud Mental”

Santiago de Chile, 9 - 10 de octubre 2014

**“Avanzar hacia la ciudadanía plena y el disfrute de derechos.
Experiencias de trabajo comunitario en Salud Mental”**

Jornadas Chilenas de Salud Mental Comunitaria
Santiago de Chile, 9 -10 de octubre 2014

Organizado por:

Instituto de Salud Poblacional “Escuela de Salud Pública “Dr. Salvador Allende G.”
Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Director de las Jornadas:

Dr. Rubén Alvarado M.

Editor general:

Dr. Carlos Madariaga A.

Editores:

M. Alejandro Castro G.

Luis Cortés H.

María José Jorquera G.

Fanny Leyton A.

María Graciela Mena D.

Ximena Rayo U.

José Luis Tejada

Marcela Villagrán R.

Diseño y diagramación:

Paola Videla L

Jorge Caro M.

Sebastián Alarcón Ch.

Alex Benavides S.

(RedConoce Ltda.)



dedicatoria

Dedicamos este texto a todas las personas que trabajan en el campo de la salud mental en nuestro país, especialmente a quienes laboran en la red pública, tanto en los niveles primario como secundario y terciario, y se sienten comprometidos con el servicio público y con la implementación y desarrollo de la perspectiva comunitaria en salud mental, los derechos humanos y la producción de intersubjetividad en un contexto de ciudadanía e interculturalidad.

Igualmente va dedicado a todas las personas que requieren de los servicios de salud mental: aquellas que han sido afectadas por diversas formas de la violencia social; las que batallan en contra de los efectos de las adicciones; las personas que han visto afectadas sus capacidades por efecto de enfermedades mentales; los colectivos ciudadanos que intentan desarrollar organización, voz y lucha desde los espacios comunitarios en favor de los derechos de los usuarios de salud mental; aquellas personas que, habiendo logrado elevados niveles de rehabilitación, han adquirido legítimos liderazgos en la implementación de agendas participativas e inclusivas en torno a la construcción de ciudadanía y derechos en el campo de la salud mental.

A todos ellos este texto les ofrece un estado del arte en cuanto a las realidades y potencialidades de la perspectiva de salud mental comunitaria alcanzadas por la red pública de salud mental en Chile en el lapso de estas dos últimas décadas. Conscientes de que hay mucho camino por andar es que aspiramos a construir con todos ellos un sólido movimiento ciudadano en favor de una Ley de Salud Mental que recoja nuestras aspiraciones, muchas de las cuales se despliegan a lo largo de este libro.

Índice

Presentación	11
“Salud Mental para Chile hoy: De las prácticas locales a las políticas públicas”. Dr. Rubén Alvarado.	
Prólogo 1	15
“Por una Salud Mental con libertad para elegir y con justicia social”. Dr. Hugo Cohen.	
Prólogo 2	17
“Los auto-convocados para las Jornadas del Foro Chileno de Salud Mental Comunitaria de octubre de 2014”. Dr. Francisco Torres.	
Prólogo 3	19
“Salud Mental en Chile: los nuevos desafíos”. Dr. Rafael Sepúlveda.	
Conferencia 1	23
“La Salud Mental como un objetivo del desarrollo social”. Dr. Carlos Madariaga A.	
Conferencia 2	39
“Desafíos para los Servicios Comunitarios de Salud Mental”. Prof. Dr. Francisco Torres.	
Mesas de Trabajo:	
Mesa 1: “Articulando las Redes”	53
1. Consultorías en SM en APS, San Bernardo	
2. Encuentro de la Red del SSMO	
3. Trabajo Comunitario CESAM Lo Espejo	
4. Ventajas Consultoría Psiquiátrica CESAM Lo Espejo	
5. Centro Salud Mental de Barrio CESAMBA	
6. Curso de Deterioro Cognitivo y Demencia en Atención Primaria de Salud: una instancia para cubrir necesidades y cumplir expectativas SSMO	
7. Programa Ecológico en la región de Coquimbo	
8. Programa de Formación de Especialistas: Implementación de Pasantía de Psiquiatría Comunitaria	
Mesa 2: “Programa de Reparación para víctimas de violaciones a los DDHH”	97
1. Bordando la Memoria, PRAIS Araucanía Sur	
2. Experiencias CINTRAS, El Daño Transgeneracional	
3. Promoción y Prevención de Salud Mental y Derechos Humanos en estudiantes medios	

4. Reparación Social a un limachino Detenido Desaparecido
5. Temuco, Fragmentos de realidad : a 40 años del golpe militar

Mesa 3: “Desarrollo de Equipos para el Trabajo en Salud Mental Comunitaria” 125

1. Articulando la Academia con la Intervención Comunitaria
2. Control grupal de pacientes post-alta, Chiloé
3. Desintoxicación Alcohólica en Hospital Com. de Chiloé
4. Desintoxicación Domiciliaria COSAM Concepción
5. Equipo de Apoyo Social Comunitario
6. Experiencia PAI-Dual Hospital el Pino
7. Hospitalización Domiciliaria, Servicio Salud Concepción
8. Reconversión de Recursos de Salud Mental para la implementación de un modelo de Inclusión socio- comunitaria en un Hospital General
9. Construyendo una realidad transformadora, COSAM Ñuñoa
10. Proceso de Egreso en Rehabilitación Psicosocial: Oportunidades y Desafíos para la autonomía, Corporación Bresky – Viña del Mar

Mesa 4: “Intervención Comunitaria en Salud Mental” 181

1. Comunidad Terapéutica Peñalolén
2. De vuelta al Barrio, una experiencia de Recuperación
3. Escuela de Monitores en salud mental con estrategia de participación comunitaria
4. Exposición de Arte por Usuarios del Hospital Guillermo Grant B.
5. Formación de agentes comunitarios de salud mental del SMSS
6. Libro Antología Poética, Chiloé
7. Radio Nueva Terapia
8. Recicla tu Vida
9. Teatro Oprimido en AESAM
10. Trabajo con pares para fomentar la recuperación del usuario
11. Radio Diferencia
12. Autocuidado y Salud Mental Docente en Educación Básica Municipal de Viña del Mar
13. Trabajo comunitario para enfrentar la exclusión social
14. Atenciones Itinerantes de Psiquiatría Infantil
15. Estrategia de trabajo intersectorial en salud mental, Consultorías Vida Nueva, comuna Lo Espejo
16. Programa TRES-A, Corporación Municipal Lo Prado
17. Teatro-conversación comunitaria “Nosotros nos hacemos cargo”
18. Pacientes psiquiátricos en abandono familiar o institucional en situación de calle
19. Programa de Intervención Psicosocial con familias que viven con vínculos basados con violencia sostenida
20. Estrategias educativas en mujeres vulnerables
21. Intervención en Tiempo Crítico, Delegación de funciones. CTI-TS



PRESENTACIÓN

Salud Mental para Chile hoy: De las prácticas locales a las políticas públicas

Dr. Rubén Alvarado

Médico Psiquiatra, PhD en Psiquiatría y Cuidados Comunitarios
Jefe Unidad de Salud Mental
Instituto de Salud Poblacional "Escuela de Salud Pública Dr. S. Allende G."
Facultad de Medicina, U. de Chile

Al comenzar la presentación de este libro, que es fruto del trabajo de muchas personas que aportaron con sus experiencias o con la organización de las jornadas, es importante recordar cuál fue el origen y la motivación de este encuentro. Volver a la historia siempre nos enseña algo, ya sean las historias personales, las organizacionales o las sociales. Aunque se escriban y re-escriban estas historias y sus interpretaciones, el pasado siempre está allí y condiciona, en gran medida, el curso de lo que viene después.

Al volver hacia atrás queremos comprender mejor el contexto, los hechos y las motivaciones que hicieron posible estas maravillosas Jornadas, que fueron capaces de reunir cerca de 500 personas, entre profesionales, técnicos, investigadores, usuarios, familiares y a muchos que se interesan por mejorar la salud mental de nuestra población.

En el año 2011 concebimos esta idea por primera vez. Recuerdo haber constatado que con el correr del tiempo se habían ido reduciendo los espacios de discusión y de reflexión en torno a las políticas y servicios de salud mental en nuestro país. Y me pareció que transcurridos más de 10 años de la edición del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, era un buen momento para iniciar un debate al respecto, reflexionar acerca de los logros y los fracasos, de los avances y los retrocesos, de las dificultades y las formas de enfrentarlas, etc. También era el momento para impulsar un análisis colectivo, con participación amplia, de todos los actores involucrados y, en especial, de quienes suelen quedar al margen: nuestros usuarios. Por eso había que hacer un esfuerzo especial por integrar agrupaciones de usuarios, de familiares y otras organizaciones comunitarias que trabajaran en la defensa de sus derechos.

Pera lograr lo anterior se requería una forma diferente de organización del evento. No podía ser un congreso científico tradicional, donde los “expertos” señalaran “lo que había que hacer” o donde los investigadores relataran los resultados de sus estudios científicos. Yo he dedicado gran parte de mi vida y esfuerzo a la investigación en salud mental, en especial a aquella investigación que produce conocimiento que es útil para mejorar las políticas y los servicios comunitarios de salud mental. Y estoy convencido que los investigadores que trabajamos en esto tenemos un aporte importante que hacer... Pero no somos los únicos que tenemos algo que decir, ni tampoco tenemos la última palabra.

De esa forma, se nos ocurrió que toda la discusión debía comenzar con la presentación de experiencias locales, agrupadas en grandes grupos temáticos, para así facilitar la discusión posterior. Y para que estas experiencias fueran presentadas no sólo como un relato de lo hecho sino como una reflexión crítica que fuese útil para otros, utilizamos el marco teórico del “análisis de buenas prácticas”, de forma tal que los equipos que presentasen una experiencia lo hicieran bajo una estructura de análisis mucho más reflexiva que un simple relato. La idea era que el colectivo que participara de ese foro se nutriera con estas presentaciones y que la discusión posterior fuera enriquecida con esto. Los contenidos de este libro corresponden justamente a las presentaciones escritas que los equipos enviaron a nuestro comité organizador. Con mayor o menor profundidad en la reflexión de cada experiencia, estoy seguro que son de gran valor y que otros equipos y trabajadores de salud mental encontrarán en ellas diversas ideas inspiradoras para su propia práctica. Y con esto, pienso que hemos logrado uno de los objetivos más importantes que nos propusimos.

Sin embargo, aún nos quedaba pendiente avanzar en el análisis reflexivo y en el aporte para el desarrollo de la política pública. Por esta razón optamos por constituir grupos de discusión en las mismas salas donde se realizaron las presentaciones de experiencias y así mantener el debate en torno a un eje temático. Los grupos trabajaron de esta manera, se hicieron síntesis, las cuales fueron presentadas en plenarias al final de la tarde, siendo coordinadas por las principales autoridades del Ministerio de Salud en el campo de la Salud Mental. Creo que aquí también logramos cumplir con nuestro objetivo, llevar la reflexión desde las prácticas comunitarias de los grupos y equipos, hasta la discusión de políticas, de forma que las grandes directrices que guíen esta última no sean ajenas a las realidades en que trabajan nuestros equipos comunitarios y más aún, se basen en sus propias experiencias. Pienso que cumplimos con nuestra visión de contribuir a la génesis de las políticas en forma participativa. En lo personal, estoy convencido que este es el proceso a través del cual se construyen políticas útiles y efectivas.

Una reflexión final: creo que no es coincidencia que en ese mismo año de 2011 se desarrollara el movimiento estudiantil y social que marcó un hito en la lucha por la educación como un derecho social. Y, a su vez, esto se dio en un contexto más amplio, dentro del cual en muchos países surgieron movimientos sociales que clamaban por mayor equidad y justicia social, y por una transformación de fondo en el modelo social y valórico en el que estamos insertos. Nuestras Jornadas, aunque realizadas tres años después, están fuertemente imbuidas de este espíritu. Cientos de personas llenaron el Aula Magna de la Facultad de Medicina y escucharon las presentaciones que allí se hicieron, se apretaron en cada pequeña sala para no quedar fuera de la discusión, recorrieron los pasillos donde hicimos el lanzamiento de dos libros de colegas argentinos, y se quedaron hasta tarde escuchando las conclusiones en las sesiones de plenaria. Al final, existía un sentimiento bastante generalizado

y compartido: necesitamos construir un movimiento social por la salud mental. Y así lo recogimos, nos comprometimos a editar este libro para que sea de libre distribución y a organizar unas jornadas equivalentes en los años siguientes.

Al final, cuando miramos hacia atrás y constatamos el logro obtenido en estas Jornadas del 2014 y todo el trabajo que conllevó durante tres años, podemos sentirnos satisfechos, con la sensación de haber creado un evento que representa nuestros valores acerca de la forma y los contenidos que la política de salud mental de nuestro país debe llevar adelante.

Santiago de Chile, Mayo de 2015



PRÓLOGO 1

Por una Salud Mental con libertad para elegir y con justicia social

Dr. Hugo Cohen

Médico Psiquiatra

Asesor Subregional en Salud Mental para Sudamérica
OPS/OMS

Me siento honrado de haber sido convocado para redactar el prólogo de este libro pero debo confesar que no es esta labor una práctica habitual en mi profesión. Tampoco soy un experto en el tema que el libro desarrolla. De todos modos me animo a escribir algunas líneas por ser conocedor del trabajo que el Dr. Madariaga y varios de sus colegas que intervienen en el texto, realizan a diario en pos de una salud mental mejor y más justa para los habitantes de Chile. Tengo también el honor de haber acompañado durante más de dos décadas la compleja y esforzada labor para la transformación del sistema de salud mental del país. He recorrido el país, he asistido a múltiples eventos, asambleas, actividades de capacitación, foros y debates. Pude colaborar en la ayuda a las víctimas de los terremotos, tsunamis e incendios habidos en este período. Tuve el enorme privilegio de participar desde las primeras reuniones para la constitución de organizaciones para la defensa de los derechos de las personas con padecimiento mental y sus familias, hasta las más recientes convocatorias de representantes de todas las regiones del país. He presenciado las primeras ayudas que se efectuaban al regreso de la democracia para con las víctimas de la dictadura. Conocí el valioso y conmovedor trabajo de ayuda y dignificación de las personas en situación de calle que realizan instituciones religiosas como el Hogar de Cristo. Puedo decir, sin gran riesgo a equivocarme, que conozco a muchos de los trabajadores de la salud mental de Chile porque he trabajado junto a ellos y he compartido sus vicisitudes, pasiones y esperanzas. Algunos de ellos son autores de la presente obra. Puedo decir que son un ejemplo para muchos que aún transitan por sistemas perimidos, carentes del ejercicio del derecho por parte de los que así lo necesitan.

Doy fe que he aprendido con ellos una enormidad.

Entonces, no comentaré el texto; sí quiero resaltar la valentía de estos profesionales al escribir de

manera comprometida acerca de uno de los momentos más oscuros de la vida en el país.

Me permitiré efectuar algunas reflexiones vinculadas al momento histórico actual en que esta nueva edición sale a la luz. Lo hago entendiendo que atraviesa la labor de estos profesionales; las asociaciones de usuarios y de familiares; el conjunto de los actores claves de la salud mental en relación al tema de fondo que propone la publicación: los derechos humanos de poblaciones vulneradas.

Algo que aprendí trabajando con jueces es la propia definición: ejerce sus derechos humanos aquel que puede elegir. La condición de elección es determinante. También lo es el concepto de ejercicio de los derechos. Según el filósofo italiano Bobbio: los derechos no se declaman, se ejercen. Puedo agregar un tercer concepto: los derechos no se otorgan sino que se conquistan.

Como lo expresa el texto: *nuestro horizonte es la producción de ciudadanía y subjetividad*, estas son inviables si la población que requiere apoyo carece de la posibilidad de elegir. En concreto, mientras perviva el hospital psiquiátrico como única respuesta, el propósito estará en riesgo. Si bien Chile ha producido una de las transformaciones más avanzadas en el sistema de salud mental en Sudamérica, convive aún con los hospitales psiquiátricos. Un sistema mixto termina tarde o temprano vulnerando el ejercicio de los derechos humanos de las personas. La existencia del hospital psiquiátrico responde a una multiplicidad de factores; la democratización del saber es una estrategia clave para su disolución.

Hay hoy una oportunidad histórica en el país representada por la decisión de las máximas autoridades en elaborar un proyecto de ley de salud mental. Allí se jugará gran parte de la posibilidad de ejercer derechos humanos en salud mental; la posibilidad de un nuevo salto cualitativo para el desarrollo de un sistema de salud mental más justo y equitativo.

Como comentara al comienzo, he conocido en sus lugares de trabajo cotidiano la notable labor que realizan los colegas. Debo agregar la solidaridad que han puesto en práctica recibiendo a trabajadores de la salud mental de Perú y de Argentina en sus lugares de labor habituales; he visto cómo viajaban a lugares alejados, como por ejemplo, la selva amazónica, para ayudar a que las personas que necesitan ayuda la reciban de manera digna en sus contextos de vida cotidianos.

Todo esto nos permite estar esperanzados por el futuro del nuevo sistema de salud mental de Chile, que será sin dudas abarcativo para todas las personas vulneradas en el ejercicio de los derechos humanos. Será esta también una manera de hacer justicia y efectuar una reparación histórica con aquellos sobrevivientes de la dictadura chilena.

El trabajo que se publica aquí, y lo que he conocido personalmente, confirman la capacidad real de avanzar en la construcción de una sociedad más justa para todos.



PRÓLOGO 2

Los auto-convocados para las Jornadas del Foro Chileno de Salud Mental Comunitaria de octubre de 2014

Dr. Francisco Torres

Médico Psiquiatra

Consultor de Salud Mental OMS/OPS

Presidente de la Red Iberoamericana en Cuidados Comunitarios de Enfermos Mentales de Larga Evolución - Red Maristán

Alrededor de 400 profesionales se autoconvocaron en Santiago. Vinieron de todo Chile, incluso de provincias lejanas sin que ningún sponsor ajeno les subvencionara el viaje ni la exigua cuota de asistencia. Simplemente desearon asistir porque se sentían motivados; eran la vanguardia que se reencontraba con lo que se planificó en despachos y se soñó en la calle poco antes de la quiebra militar de 1973.

Desde la recuperación democrática han transcurrido años de discursos, años de retórica sin salirse de lo políticamente correcto, años de planes encuadrados. Un tiempo que parecía perdido, frustrante para algunos. Pero no. Aquella retórica, aquel esfuerzo sostenido para mantener la idea de la reforma correcta, esperando verla algún día, había ido calando en las mentes menos conformistas y empezaba a ser realidad. Ahí estaba el respaldo activo y la convicción de colectividades empeñadas en ofrecer a la sociedad una forma de atención a la Salud Mental distinta a la que se venía aplicando.

Todo aquel sostenido esfuerzo en mantener la vereda correcta empezaba a dar el principal esperado fruto: la convicción y respaldo activo de numerosos profesionales y de muchos usuarios. Gentes que querían hacer algo distinto a aquello en lo que se gastaba la mayor parte del presupuesto, pero no distinto al modelo que de una manera machacona había sido predicado por los equipos responsables de la Salud Mental del MINSAL. Ahí radica la grandeza histórica de los autoconvocados en Santiago. Eran las vanguardias activistas que tomaban el relevo a los creadores de la doctrina que no se había impuesto en la práctica.

Vinieron como siguiendo una quimera. Algunos pensaban que estaban navegando contra la corriente y que la corriente institucional les devolvería al punto de partida. No fue así. Se encontraron

con muchos otros que pensaban lo mismo y compartían la misma utopía. Las emociones de incertidumbre se tornaron en regocijo de compartir. Tantos no podían estar equivocados, pensaban, y además no estaban defendiendo posiciones de privilegio ni intereses corporativistas. La siempre ilusoria utopía se podía volver tangible gracias al poder del trabajo colectivo al servicio de las ideas y no de los intereses.

Eso fue lo que observé sin ser protagonista, pero tampoco sin ser observador neutral, porque nunca fui neutral en Chile. Me debía al ideario emanado de la Conferencia de Caracas de 1990 y a mi función de consultor de la OPS/OMS. No lo fui frente al Servicio de Neurocirugía (“psicocirugía experimental”) del Instituto Doctor José Horwitz Barak (1998). Ni lo fui ante los postrados de El Peral. Tampoco lo he sido ni lo soy frente al crecimiento programado del Sanatorio Psiquiátrico Dr. Phillipe Pinel. Algunas son historias del pasado, pero no todas.

El futuro es esperanzador, porque los que vinieron como siguiendo una quimera son la nervadura de las “grandes alamedas” que han de ser abiertas para afrontar con ética y con éxito los problemas relacionados con la Salud Mental.



PRÓLOGO 3

Salud Mental en Chile: los nuevos desafíos

Dr. Rafael Sepúlveda

Médico Psiquiatra

Encargado Unidad de Salud Mental

Ministerio de Salud

Aunque ya es un lugar común entre nosotros, nunca está de más recordar que los trastornos de salud mental constituyen un problema de salud pública masivo y en progresivo incremento, cuyo impacto se traduce en muertes y discapacidad, por lo que ocupan un lugar destacado dentro de la carga de enfermedad del mundo y de la región de Latinoamérica y El Caribe. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, entre los años 1990 y 2002 la carga de enfermedad representada por los trastornos mentales y neurológicos, medida en años de vida ajustados por discapacidad, se incrementó de 8,8 a 22,2% de la carga total en la región ^(1,2).

Así como los trastornos mentales se han incrementado, los recursos terapéuticos conocidos se han diversificado, existiendo hoy un conjunto de recursos psicofarmacológicos, psicológicos y psicosociales que, aplicados a los casos individuales, muestran grandes resultados, particularmente cuando logran articularse dentro de un plan terapéutico racional, integrado, continuo y que involucre al sujeto y su entorno significativo ⁽³⁾.

Sin embargo, para que estos logros impacten globalmente, se requiere que los sistemas de salud adopten un modelo de atención efectivo y eficiente, y que en torno a estos se organicen los factores productivos: formación y capacitación de recursos humanos, incentivos para su desempeño pertinente y de calidad, disponibilidad de fármacos, organización de los procesos de ayuda psicoterapéutica, entre otros ⁽⁴⁾.

Esto implica poner en el centro un modelo de atención orientado por criterios de salud pública y transitar con decisión desde otros modelos hacia este, garantizando además de la reorientación de recursos que implica, la imperativa necesidad de asegurar recursos suficientes para la consolidación

y profundización progresiva del nuevo modelo de atención que se impulsa ⁽⁵⁾.

De acuerdo a las recomendaciones de la OMS y la Organización Panamericana de la Salud, este es el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental ⁽⁶⁾, cuyos elementos fundacionales animaron ya la Conferencia y la Declaración de Caracas ⁽⁷⁾, pero que adquirió forma precisa en el Informe Mundial de Salud 2001 de la OMS ⁽⁴⁾. Modelo de atención que ha guiado los procesos de transformación de la atención psiquiátrica en la región, sirviendo de respaldo a los grupos profesionales y gestores empeñados en avanzar en ese sentido ⁽⁸⁾.

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría oficializado en Chile en 2001 se fundó en las mismas distinciones, y dio vigor a un proceso en curso desde 1990 ^(9,10), que llevó a situar a Chile en la vanguardia de los países de la región de Latinoamérica y el Caribe en el ámbito de la salud mental. Hoy, casi un cuarto de siglo después de recuperada la democracia y 15 años después del Plan Nacional, podemos reconocer avances y pendientes comparando los Informes sobre el Sistema de Salud Mental en Chile, sobre la base de datos de los años 2006 y 2012, elaborados en conjunto por la OMS y el MINSAL ^(11,12).

Sin embargo no podemos perder de vista que el tema no está resuelto, el cambio no está establecido. Todo estado de cosas traduce y se sustenta en un arreglo entre los intereses de los diversos actores implicados y el cambio los afecta o al menos los tensiona, generando resistencias; el estado actual no garantiza ni la coherencia ⁽¹³⁾.

Estas masivas Jornadas Nacionales de Salud Mental Comunitaria, centradas en las Buenas Prácticas, constituyen un hito valioso que es necesario potenciar, y ojalá convertir en un paso relevante en la constitución de un actor social: los profesionales y técnicos comprometidos con el impulso y consolidación de la política pública de salud mental.

Necesitamos un nuevo impulso, un nuevo Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, actualizado, que coordine nuestros esfuerzos por cerrar las brechas existentes, establecer niveles de calidad adecuados, garantizar los recursos necesarios y articularlos con la máxima coherencia según el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental.

Un Plan Nacional que recoja, integre y potencie el aporte de los profesionales y técnicos que trabajan comprometidamente en nuestras redes del sistema público de salud; que se nutra del aporte de usuarios y familiares; que se funde en los resultados de la investigación; que en el proceso de su formulación teja y tense compromisos para hacerlo realidad.

Y una Ley de Salud Mental que consagre derechos y brinde reales condiciones para su ejercicio, haciendo de la articulación y la sinergia intersectorial un imperativo que facilite la generación de respuestas integrales y oportunas a las necesidades de las personas.

La Ministra de Salud, Dra. Helia Molina, en su intervención durante las Jornadas, expresó juicios claros respecto al peso de los determinantes sociales en la situación de salud mental de las comunidades y las personas, y a la relevancia del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental. Seguidamente compartió con los asistentes su personal proceso de convencimiento respecto a la

necesidad de una Ley de Salud Mental y su disposición a darle total apoyo.

Existe la necesidad y la oportunidad. Trabajando juntos podemos hacer que el Plan y la Ley sean realidad.

Referencias bibliográficas

1. OPS/OMS Salud en las Américas 2007. Publicación científica y técnica N° 622. Vol. I (Salud Mental). Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud, 2007:42-3.
2. Kohn R, Levav I, Caldas JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, et al. Los trastornos mentales en América Latina y El Caribe: asunto prioritario para la salud pública. RevPanam Salud Pública. 2005; 18(4/5):229-40, 305. | Link |
3. Cabral M, Bornemann T, Levav I. Mental Health-World Health ministers call for action. Geneva: World Health Organization, 2001.
4. World Health Organization. The world health report 2001-Mental Health: new understanding, new hope. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, 2001. | Link |
5. World Health Organization. Mental health policy and service guidance package. Organization of services for mental health. Ginebra, Suiza: World Health Organization, 2003. | Link |
6. Funk M, Faydi E, Drew N, Minoletti A. Organización de los servicios de salud mental. El modelo comunitario en salud mental. En: Salud Mental en la comunidad. Segunda edición. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2009.
7. González R, Levav I. Reestructuración de la atención psiquiátrica: Bases conceptuales y guías para su implementación. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1991.
8. Rodríguez J, González R. La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud, 2007.
9. Pemjean A. El proceso de reestructuración de la atención en salud mental y psiquiatría en Chile (1990-1996). Cuad. Med. Soc. XXXVIII, 2, 1996/5-17.
10. Minoletti A y Zaccaria A. Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. Rev Panam Salud Publica [serial on the Internet]. 2005 Nov [cited 2014 Dec 08]; 18(4-5): 346-358. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000900015&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892005000900015>.
11. Informe WHO-AIMS sobre Sistema de Salud Mental en Chile, OMS y Ministerio de Salud, Santiago, Chile, 2007. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/chile_who_aims_report.pdf?ua=1
12. Informe WHO-AIMS sobre Sistema de Salud Mental en Chile, OMS y Ministerio de Salud, Santiago, Chile, 2014. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_chile.pdf?ua=1
13. Sepúlveda R, Minoletti A. Planificación y programación en salud mental. En: Acciones de salud mental en la comunidad. Libro-ponencia al XXV Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Tenerife, Junio de 2012. Colección Estudios N°47. Madrid: AEN, 2012.



Conferencia 1

La Salud Mental como un objetivo del desarrollo social

Dr. Carlos Madariaga A.

Médico Psiquiatra

Doctorante en Procesos Sociales y Políticos U. ARCIS

Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, U. de Chile

Contexto socio-histórico

La materia asignada a esta ponencia es la ciudadanía, la subjetividad y la salud mental comunitaria en los marcos de un propósito socio-histórico: el desarrollo social. Tamaño objetivo me obliga a definir primeramente el escenario teórico y sociopolítico desde el cual reflexionaré buscando enunciar para esta jornada algunos supuestos, controversias y propuestas actualmente en curso en torno a la relación bienestar social–salud mental o, si se quiere también, a la relación modernidad-subjetividad.

La preocupación por el bienestar social desde el prisma salud presupone la identificación de ciertas dinámicas que en el seno de la sociedad participan de la producción del sujeto. Nos interesa no un sujeto en general sino el sujeto sano/enfermo, es decir, una condición particular de la subjetividad que está dada por la relación de la persona humana con la enfermedad y la salud. Estamos afirmando de entrada el reconocimiento del rol que juega el pathos salud/enfermedad en la construcción/deconstrucción de subjetividad. El sujeto que es objeto de este análisis remite a un ser histórico concreto, condicionado por las particularidades de su existencia individual y social, por unas determinadas formas de organización de la vida social y por el devenir temporal y espacial de aquel en su habitus (Bourdieu, 1988). Me propongo como método observar al sujeto sano/enfermo y las formas de intervención del sistema social sobre la enfermedad y la salud en su historicidad. Esta es una primera definición teórica: asumo el enfoque socio-histórico como marco de referencia epistemológico para comprender las relaciones contextuales del proceso salud/enfermedad/atención, perspectiva que, a mi juicio, facilita la entrada en el debate sobre conceptos como ciudadanía, democracia, política, cultura, neoliberalismo, globalización, etc., todos ellos insertos, a partir de los años noventa, en el centro de la discusión teórica en torno a temas clave como la definición del objeto, concepto y campo de la salud y la salud mental.

América Latina está fuertemente marcada en su devenir social por el prematuro aborto del welfare state, proyecto de dominación y control social que en la región, a diferencia de Europa, apenas llegó a configurarse como un proto-Estado de Bienestar (Borón, 2009). Las diez medidas estándares que elaboró el Consenso de Washington en 1989 para los países en desarrollo azotados por la crisis de la relación capital-trabajo son el punto de aceleración de la nueva fase de modernización capitalista en

la región: el neoliberalismo, proyecto económico que instala el fundamentalismo del mercado. Mucho antes de esa fecha en Chile ya se había puesto en marcha el primer ensayo mundial de transformación neoliberal de la economía, bajo la supervisión estricta de Milton Friedmann y la Escuela de Chicago, gracias a las ideales condiciones de control social que proveía el terrorismo de estado. Cerrando el siglo pasado, con la entronización neoliberal a escala planetaria, la modernidad se transnacionaliza. Con el neoliberalismo se instala una nueva racionalidad política; no se trata sólo de un cambio en el nivel de la economía sino de un nuevo proyecto de sociedad, una nueva forma de pensar la vida, las ciencias, la cultura, la subjetividad, el proceso salud/enfermedad. En la base se encuentra una redefinición estructural y de sentido en la relación Estado-Mercado-Sociedad Civil, cuya característica central es la jibarización del Estado en su relación con el Mercado y la involución/atomización de la Sociedad Civil. El mercado se globaliza y es controlado desde los centros de poder que dictan las políticas económicas y los compromisos con los estados nacionales: el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial, la Organización Mundial del Comercio. Se produce así un rotundo cambio en torno al sujeto de la soberanía: el Estado Nacional, histórico administrador de la soberanía, cede esta tarea al Gobierno, de forma tal que pierde pertinencia la relación de coerción que aquel ejercía sobre la sociedad civil para producir soberanía; ahora es el gobierno el que, desde una relación de acuerdos tácitos, no ya con la sociedad civil sino con la Población, en torno de cuestiones como prosperidad, superación de la pobreza, autodesarrollo, autoconocimiento, etc. el que modula al soberano; es decir, produce gubernamentalidad. Dicho de otra forma, el sujeto se hace parte de un nuevo contrato social, ahora no con el Estado sino con el Gobierno, para el cumplimiento no ya de tareas del desarrollo sino del crecimiento, del crecimiento económico.

La sociedad civil, escenario tradicional de la ciudadanía y la subjetividad, ha sido desplazada por una nueva categoría, la Población, concretamente la población económica. Esto quiere decir que las personas ahora están organizadas y reguladas por la dimensión técnica al servicio de la economía. La comunidad preexistente en América Latina aparece ahora tecnificada y, por esta vía, recolonizada eurocéntricamente para garantizar el dinamismo del mercado neoliberal. Así, la cultura regional se torna mera reproductora de un orden social, de un sistema-mundo (Wallerstein, 2006), que es distópico, es decir que no ocupa ningún espacio pero que los ocupa todos al mismo tiempo (una "modernidad difusa"), que se modifica constantemente casi al margen de todo protagonismo local, borrando o debilitando de paso las identidades culturales y subjetivas. La comunidad, tecnificada y re-culturizada, deviene conjunto de personas, población organizada coyunturalmente en torno a la producción de ciertas mercancías, desplazada por el lenguaje de redes, con sus códigos universales que producen un campo representacional-simbólico al servicio del nuevo orden económico. Población no remite aquí a las personas ni a una cierta organización de las relaciones interpersonales sino a una relación de saberes que persigue una racionalidad, un ethos en torno al proceso de producción. Se plantea así un tema de crucial importancia para nuestro asunto, la salud mental, en un momento histórico en que la sociedad civil ha sido superada por una práctica poblacional tecnificada al servicio de la producción económica y la comunidad es superada por la dimensión de redes y por la virtualidad: ¿cuál es hoy el lugar que habita nuestro sujeto enfermo?, ¿qué territorialidad, que espacio relacional le es propio?, ¿en qué dimensión de lo social se articulan el individuo y la comunidad, el ego y el alter, el sujeto individual y el sujeto social?, ¿dónde aterrizan las políticas públicas de salud y sus respectivas prácticas? ¿dónde está ahora la comunidad?.

El ethos neoliberal arranca desde la propia definición del neoliberalismo: el bienestar humano se reduce a su faceta económica, material, de acumulación de bienes y riqueza, para lo cual exalta la libertad de emprendimiento en los marcos de un escenario societal que asegura la propiedad privada, la libertad individual, la desregulación de los mercados y el libre flujo de capitales transnacionales. El sujeto es un homo economicus que se agota a sí mismo en la aspiración consumista, orientación utópica que choca con las condiciones estructurales del trabajo: empleo precario, flexibilidad laboral, cesantía estructural y, al mismo tiempo, con un tipo de relaciones sociales debilitadas, caracterizadas por la descomunitarización, la despolitización, el individualismo extremo, la ausencia de proyectos alternativos y de protagonismo social. El consumo debe entenderse no solo como práctica económica, de intercambio, de apropiación de la mercancía sino, además -y principalmente-, como racionalidad simbólica que da sentido a la práctica consumista en tanto está orientada a la generación de diferencia social, estatus, prestigio social, formas de poder. El individuo, en su soledad, encerrado en los recovecos del mundo de lo privado, ha llegado a ser el non plus ultra de su propia supervivencia; la responsabilidad por el bienestar dejó de ser social y se hizo individual, dejó de ser pública y se hizo privada, lo que no deja de constituir una aporía toda vez que quien se hace (o a quien se hace) responsable por su calidad de vida es un ser de suyo precarizado, vulnerable, frágil, atomizado. El imperativo del desarrollo humano pleno deviene enunciado utópico a pesar de su sólido fundamento liberal, en la acepción más clásica del liberalismo en tanto ideología de la libertad individual. No es de extrañar entonces que el ethos neoliberal incluya la resiliencia como condición de superación de esta dicotomía; en la misma medida que a lo resiliente se lo posiciona en las capacidades cognitivas y en las posibilidades de aprendizaje del individuo para sobreponerse a la adversidad, se conserva la ideología de la libertad individual como condición garante de todo lo demás, al mismo tiempo que queda excluida la responsabilidad social, estatal y del mercado en tanto productoras del contexto carencial. La resiliencia es aquí tecnología y método diseñados para una función adaptativa a las condiciones precarias de existencia, una condición introyectable desde el exterior en el psiquismo mediante ciertas técnicas cognitivas con la intención de motivar en el individuo una suerte de épica sacrificial frente a la adversidad. Es necesario rescatar este concepto del campo de la política y la sociología y reposicionarlo en la psicología y la psicología social, en tanto parte constitutiva de un extenso arsenal de atributos personales con que cuenta la subjetividad para enfrentar sus experiencias traumáticas e intentar modificar las condiciones que las producen.

La biopolítica foucaultiana (Foucault, 1999) y también el capitalismo maquínico (Deleuze, Guattari, 1972) se adaptan a los cambios en los modos de explotación y de control social de los cuerpos que produce la modernización neoliberal. El capital industrial ha cedido el terreno al capital financiero. Desde los ochenta en adelante el capital se orienta hacia la producción de servicios desencadenando lo que se llama la tercera generación de producción objetual, cual es la “aplicación”, es decir, la venta de conocimientos, los saberes hechos mercancías, el capitalismo cognitivo (Orellana, 2014). Desaparecida la masa mundial de obreros que producen objetos que se venden masivamente en los marcos de un capitalismo centralizado, se ha avanzado hacia una diversificación de la producción, una forma anárquica en la que todo el mundo se disputa los espacios: ya no se trata de controlar el objeto producido, sino controlar su uso, el uso del conocimiento. El capital desterritorializa el proceso y se mantiene en continuo movimiento a través de las redes. De esta forma los mercados no son intercambios económicos solamente, en lo sustantivo han devenido prácticas políticas que definen

un nuevo tipo de reglas, organizan la función de los estados naciones en torno de la circulación del capital y han pasado a ser la herramienta política más importante de movilización de la población. Los mercados son hoy el biopoder. El control de los cuerpos proviene ahora de nuevas formas de subjetivización asociadas a prácticas que incitan no solo a la apropiación acrítica del modelo de sociedad sino, además, a cumplir sus reglas porque al sujeto le interesa cumplirlas dado que las reconoce útiles para sí mismo. Hay una “sujeción” a un modelo extraño de sociedad, un estado de dominación y colonialidad, al mismo tiempo que una “subjetivización”, una práctica del orden. Todo ello en el contexto de una lógica de tecnificación de la comunidad, de su transformación en población tecnificada, sometida por la producción mercantil.

El neoliberalismo ha producido en las últimas cuatro décadas un hegemonismo de los modelos autoritarios de sociedad en desmedro de la democracia; Chile no ha sido la excepción (Gómez, 2010). La preeminencia del autoritarismo por sobre la democracia está asociada a una condición estructural del neoliberalismo: le es inmanente la violación sistemática de los derechos humanos, principalmente los derechos de primera generación, los económicos y sociales (utilizo inmanente desde su acepción filosófica, es decir, como una característica o condición que tiene su fin dentro del mismo ser, es decir, que sin ella deja de ser). En términos de las condiciones concretas de vida que ha dado origen, en particular en el Sur del mundo, el neoliberalismo ha acrecentado notablemente las distancias entre ricos y pobres, estrechando con ello las posibilidades de bienestar material y desarrollo humano con justicia y equidad. Chile, paradigma del éxito del modelo, ha llevado estos indicadores a un nivel de indignidad, liderando en la región y el mundo a los países con más injusticia distributiva de la riqueza social.

El impacto en la salud mental

El análisis a fondo de las condiciones de explotación neoliberal y colonialismo interno en nuestro país y a nivel planetario es un requisito metodológico con alcances epistemológicos y ontológicos para la comprensión por parte de los agentes de salud de la dimensión social del proceso salud/enfermedad/atención. La reciente inclusión oficial de recursos teóricos como el de las determinantes sociales en salud provee herramientas analíticas adecuadas para que nos podamos apropiar in extenso del fenómeno. OMS y OPS han ido incorporando estudios cada vez más profundos sobre la determinación social de las enfermedades emitiendo una señal de compromiso con el objetivo de hacerse cargo de una complejidad hasta no hace mucho invisibilizada por el reduccionismo de ciertas perspectivas de la salud pública basadas en la racionalidad biomédica y el neopositivismo en salud.

OMS, en su documento “Salud mental: un estado de bienestar” (OMS, 2013) entrega 10 claves acerca de las condiciones de la salud mental mundial en la hora presente; si se quiere, pistas por las que transita la multideterminación de la enfermedad mental y el malestar psicológico. Se señalan datos concretos acerca de una realidad íntimamente asociada a las condiciones estructurales que acabamos de analizar: 1.- Se calcula que aproximadamente el 20% de los niños y adolescentes del mundo tienen trastornos o problemas mentales; la mitad de ellos se manifiestan antes de los 14 años; en contraste, la mayoría de los países de ingresos bajos y medios cuenta con un solo psiquiatra infantil por cada millón a cuatro millones de personas. 2.- Los trastornos mentales y los trastornos ligados al consumo de sustancias son la principal causa de discapacidad en el mundo y de cerca

del 23% de los años perdidos por discapacidad. 3.- Cada año se suicidan más de 800.000 personas. El 75% de los suicidios se producen en los países de ingresos bajos y medios. 4.- La guerra y las catástrofes duplican la incidencia de trastornos mentales después de ocurridas. 5.- Los trastornos mentales figuran entre los factores de riesgo más importantes de otras enfermedades como el VIH, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes. 6.- La estigmatización y la discriminación disuaden a los pacientes de recurrir a los servicios de salud mental. 7.- En la mayoría de los países son frecuentes las denuncias de violaciones de los derechos humanos de las personas con discapacidad mental. 8.- Los países de ingresos bajos y medios cuentan con 0.05 psiquiatras y 0.42 enfermeras por cada 100.000 hab., mientras que en los países de ingresos altos la tasa de psiquiatras es 170 veces mayor y la de enfermera 70 veces mayor. 9.- El aumento de la disponibilidad de servicios de salud mental requiere superar cuestiones clave como: la exclusión de la atención en salud mental de los servicios públicos y su desfinanciamiento; la organización actual de los servicios de salud mental; su no integración en la atención primaria; la escasez de recursos humanos; el escaso desarrollo de la salud mental pública. 10.- Los recursos financieros requeridos para un aumento de los servicios son relativamente modestos: US\$ 2 por persona/año en países de ingresos bajos y US\$ 4 en los de ingresos medios.

Es el perfil dramático del estado de la salud mental mundial avanzada ya la segunda década del tercer milenio, a cuarenta años de Alma Ata, cuando se levantó la meta de salud para todos el año 2.000. La globalización neoliberal ha configurado un sistema-mundo que no es capaz de resolver en términos de humanidad, de bienestar humano, de desarrollo civilizatorio el postulado central de la salud según OMS: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

La salud mental en Chile ofrece hoy desafíos importantes para la salud pública. Un reciente estudio del Instituto de Políticas Públicas de la Universidad D. Portales (Valdés, Errázuriz, 2012) destaca algunos hechos: Chile es un país con altas tasas de enfermedades mentales; la proporción de chilenos que ha presentado síntomas depresivos casi duplica la de Estados Unidos; la tasa de suicidios supera el promedio la de los países de la OCDE; el financiamiento de la salud mental no ha aumentado según los objetivos propuestos y los planes de salud mental implementados en la última década todavía no han logrado bajar las tasas de enfermedad mental; la Encuesta Nacional de Salud realizada en 2009 muestra que un 17,2% de la población chilena mayor de 15 años ha presentado síntomas depresivos en el último año, datos que se alejan mucho del 9,5% reportado en Estados Unidos mediante el mismo método; las condiciones neuropsiquiátricas son el subgrupo de enfermedades que más Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA) concentra, abarcando el 23,2%; los trastornos depresivos unipolares son la segunda causa específica de AVISA; el suicidio en personas entre 20 y 44 años de edad es la segunda causa de muerte en Chile, concentrando 12,8% de las defunciones, en el caso de los hombres en este rango de edad, el suicidio constituye la primera causa de muerte, representando el 14,9% del total de las defunciones, dicho de otro modo, en este segmento, el suicidio quita más vidas anualmente que enfermedades como el SIDA y enfermedades al corazón; las inversiones que se han realizado no han sido suficientes para disminuir la prevalencia de las enfermedades mentales en Chile; de las 80 patologías que actualmente cubre el AUGÉ/GES, menos del 5% corresponden al área de salud mental, esto a pesar de que las enfermedades neuropsiquiátricas corresponden a 23,2% del costo total de enfermedades en Chile.

Pistas locales no menores acerca de la magnitud del problema de salud mental que afecta al Sur planetario, a nuestra región de América Latina y El Caribe. Problema de salud pública nacional que es al mismo tiempo conflicto global. A la luz de esta realidad chilena postulamos la inviabilidad de un bienestar social satisfactorio de los ciudadanos de nuestro país, del desarrollo y el progreso de nuestra sociedad sin un viraje estructural de la salud mental en tanto segmento orgánico de la salud pública y del sistema sanitario y en cuanto políticas de estado. Esta reorientación de las políticas públicas, de los programas de salud y salud mental, y de sus prácticas derivadas debe ir antecedida por un cambio epistémico, que sea capaz de aprehender la totalidad constitutiva de este pathos, del proceso salud/enfermedad, cambio que implica una nueva dimensión científico-tecnológica, nuevas perspectivas político-ideológicas, nuevos planteamientos macroeconómicos, nuevos presupuestos culturales, una nueva ética, etc.

Etapa de importantes cambios epistémicos

Un paso decisivo en este esfuerzo por mejorar el conocimiento del proceso salud/enfermedad mental/atención ha sido la instalación, en los finales del siglo XX, de la crítica al modelo biomédico, cuestión que trajo aparejada la búsqueda de nuevas herramientas teórico-metodológicas para el análisis del objeto. Estas herramientas provienen de las ciencias sociales y han abierto camino a un intenso diálogo con las ciencias naturales, con la biomedicina en particular, ciencia que por lo demás muestra extraordinarios avances en las últimas tres décadas. La perspectiva comunitaria en salud mental nace del centro de este debate. Este movimiento tiene alcances no solo epistemológicos sino también ontológicos y praxiológicos, que se proponen dinamizar transformativamente tanto la teoría como las prácticas en salud y salud mental, y se insertan en un espacio discursivo mucho más extenso e intenso, cual es el debate global acerca de las ciencias, dando origen a un tiempo de oscuridades y luces, de certezas nuevas y nuevas incertezas. Es lo que De Souza Santos (2013) llama “estado de transición epistémica” en el sentido kuhniano, transición hacia una meta que apenas se esboza en el horizonte referencial de la racionalidad moderna, o si se desea, posmoderna (mientras concebamos a esta última no como superación de la modernidad sino como su más moderna forma de presentación). El orden científico emergente, en versión del autor, avanza hacia la progresiva pérdida de sentido de la distinción entre las ciencias sociales y las ciencias naturales, estando esta fusión comandada por las ciencias sociales como polo catalizador; se incorporan a este corpus cognitivo las humanidades (las artes, la filosofía, el derecho, la filología, la estética, etc.); la ciencia emergente no se postula unificada ni siquiera como una teoría general del conocimiento, aspira apenas a configurar un conjunto de pasajes temáticos convergentes de saberes que irán haciendo desaparecer la distinción jerárquica entre conocimiento científico y conocimiento vulgar.

De Souza (2009) parte de la denuncia del epistemicidio radical generado en contra del Sur por la dominación colonizadora. Este epistemicidio no es otra cosa que la exclusión de los saberes de los pueblos originarios y las culturas locales, lo que significó arrasar con cosmovisiones que fueron resultado del procesamiento de conocimientos acumulados por milenios. Esta forma de opresión adquiere el carácter de injusticia cognitiva global. De aquí la tarea histórica de hacer justicia cognitiva, de recuperar la producción de aquellos saberes, incluso de reconocerles un estatuto científico, cuestión en la que ya en la medianía del siglo pasado incursionó Levi-Strauss (1997) con su concepto de “la

ciencia de lo concreto”. Cómo hacerlo sino volviendo al Sur, “aprender que existe el Sur, aprender a ir hacia el Sur, aprender a partir del Sur y con el Sur”. El resultado de este viaje será, según De Souza, la irrupción de una nueva epistemología, una epistemología del Sur, poscolonial y poscapitalista, una teoría del conocimiento post abismal. He aquí sus fundamentos: 1, todo conocimiento científico natural es científico social; 2, todo el conocimiento es local y total; 3, todo el conocimiento es autoconocimiento; 4, todo el conocimiento científico busca constituirse en sentido común.

Presento estos planteamientos de De Souza al modo de provocación sobre nuestro horizonte epistemológico, construido desde la academia durante la formación profesional y consolidado con la inserción en el mundo del trabajo, en el campo de la salud mental, en condiciones históricas y políticas en las que la producción y reproducción del saber científico es parte orgánica del sistema-mundo, aunque en contradicción constante con las condiciones de vida que produce.

Momento apropiado para reflexionar acerca de nuestras prácticas

Postulamos una perspectiva de salud mental comunitaria que emerge en medio de este debate inconcluso de las ciencias. Su carácter inacabado y abierto torna polisémica esta categoría, razón por la cual evito hablar de “modelo”. Bien sea que la percibamos como un campo particular de las ciencias, como una disciplina específica de la salud y de la salud mental o como un dispositivo más del engranaje organizacional y de gestión en salud, la salud mental comunitaria se identifica en su racionalidad interna con un objeto, un concepto y un campo de la salud. Al mismo tiempo la vincula a individuos particulares participando en la producción de sentido a sus objetivos y a sus praxis, me refiero a una cierta forma de subjetividad y de ciudadanía. La construcción de esta perspectiva está inmersa absolutamente en la cuestión de la transición epistémica.

Un puente interconector de todas las propuestas teóricas implicadas en la construcción de un enfoque de salud mental comunitaria es que comparten la pretensión de aplicar la perspectiva biopsicosocial a la enfermedad y la salud. Se configura como una crítica al modelo biomédico, crítica que se instala con fuerza en los años 70 con el nacimiento de la antropología médica, a lo que se suma el aporte de la sociología médica, la antigua epidemiología social crítica latinoamericana y, desde el escenario de la política, con un par de décadas de anticipación a esa fecha, el levantamiento antipsiquiátrico en contra de la institución manicomial, que dio inicio a la reforma psiquiátrica en el primer mundo.

Esta categoría “biopsicosocial” admite hoy al menos dos críticas. La primera es de tipo ontológico, en el sentido que organiza lo bio, lo psico y lo social en un orden témporo-espacial dado, que parte en la biología y termina en lo social, sugiriendo un cierto ordenamiento causal que hace primar los procesos biológicos por sobre los sociales (el individuo como un ser natural); este hecho podría tornar tautológica la cuestión de superar la perspectiva biomédica puesto que la deja allí mismo. Bien podría denominarse “sociopsicobiológica”, lo cual trae la misma dificultad pero en sentido inverso (el del individuo como un ser social). También podrían disponerse circularmente y estamos en un tercer escenario, que podría ser sistémico, ecológico, construccionista, etc. En el fondo de esta discusión está el tema de la concepción del individuo, del cuerpo, de la sociedad, es decir, la problemática del ser, de las esencias. La segunda crítica, de tipo praxiológica, ya fue enunciada con preocupación por

Benedetto Saraceno (2.003), cuando señala que lo biopsicosocial se ha convertido en un shibboleth, una palabra vacía, un relleno que encubre la incapacidad de llevar a la práctica concreta en salud lo que se asume teóricamente. Todos somos biopsicosociales...pero no somos.

Junto con la corriente de Salud Colectiva latinoamericana (A. C. Laurel, J. Breihl, M. Testa, Almeyda Filho, etc.) y la antropología médica crítica (E. Menéndez, J. Comelles, A. Martínez, E. Perdiguero, etc.) planteamos como objeto de la salud y de la salud mental el proceso salud/enfermedad/atención. Objeto que se configura en el dinámico juego de las relaciones sociales existentes en un momento dado y en una sociedad dada; relaciones de clase, de género, de generación, étnicas, geográficas, etc. Es el cruce de inequidades sociales producidas en el vínculo interdependiente entre estos planos de la realidad social lo que configura un escenario de multi-determinaciones, tanto del enfermar como de la salud de los individuos. El epistemólogo de la salud Juan Samaja (2.004) señala que el problema salud/enfermedad se debe extender a la totalidad de los problemas que presenta la reproducción de cada uno de los miembros de las poblaciones humanas y de sus ambientes de desarrollo, en todas sus dimensiones epigenéticas (del sujeto en tanto ser social) y no solamente los problemas de la reproducción biológica (del sujeto en tanto ser natural). Por consiguiente, el objeto de estudio de las disciplinas de la salud lo constituyen los problemas (no solo las enfermedades), las representaciones (no sólo los diagnósticos médicos) y las estrategias de acción (no sólo los tratamientos) que presentan en el curso de la reproducción de la vida social. Esta perspectiva modifica sustantivamente la cuestión de quién es el individuo involucrado en el proceso: desde el enfermo, el paciente, el usuario, el consultante o el cliente del sistema de salud se desplaza hacia el sujeto, el sujeto históricamente dado que padece; sea el sujeto individual o el sujeto social, categoría de lo humano que no se completa ni se agota con la mera asignación de un cierto estatus de morbilidad de cualquier tipo, pues está reconocido en la integralidad de su realidad corporal, que se materializa en el escenario multi-relacional del mundo a que pertenece. Un intento de respuesta al maquinismo deleuziano y al biopoder. Vendrá un segundo momento epistémico cuando este sujeto enfermo o sufriente se erige en ciudadano.

Con el proceso salud/enfermedad/atención arribamos a una categoría universal que está presente en todas las culturas, aunque en forma diferenciada; es, al mismo tiempo, un hecho histórico inevitable que opera estructuralmente, como parte del proceso social general de la sociedad humana, el cual lo determina en sus aspectos más generales. Por tanto, es parte constitutiva del conjunto de fenómenos que dan cuerpo a las diversas formas de subjetividad. En el devenir histórico de este proceso se construyen socialmente las causas de los padecimientos, las formas de sanación, los sistemas ideológicos (significados) y los sistemas sanitarios. La enfermedad y la salud constituyen momentos de síntesis de procesos biológicos (las bases naturales de los padecimientos) y de procesos de cultura (el campo de representaciones simbólicas y de sentido de los padecimientos). Esa síntesis es una nueva subjetividad en salud. El concepto de determinación permite el abordaje de esta problemática como conjunto, como integralidad indivisa; sus diferentes fuentes teóricas, llámense teoría de campo de la salud, enfoque socio-histórico, salud colectiva, perspectiva sistémica, ecología social, construccionismo, modelo trifásico, etc., contribuyen, cada uno a su manera, a la superación del reduccionismo biomédico y aportan metodologías para la deconstrucción del proceso salud/enfermedad/atención en términos de totalidad.

De la perspectiva de la Prevención en Salud Mental hacia la dimensión Ciudadanía y Derechos

Ha sido este viraje ontológico y epistemológico la condición fundante de un salto en la concepción del sujeto moderno de estos tiempos neoliberales, de este sujeto/objeto de la acción de los sistemas médicos. La ampliación del repertorio teórico de las ciencias de la salud con la incorporación plena de las ciencias sociales y las humanidades ha hecho que nuevos viejos conceptos entren a re-lecturas en el debate al interior del campo de la salud y la salud mental: derechos humanos, democracia, ciudadanía, participación, cultura, colonialidad, política, economía, ética, estética, comunidad, etc. Se ha puesto en marcha hoy un último desplazamiento del modelo de salud mental que dinamiza la inclusión de estas categorías sociales: la superación de la perspectiva de salud pública y comunidad por otra de derechos y ciudadanía, superación que, conteniendo las dimensiones anteriores, profundiza y amplía la concepción tanto de la persona enferma, como de las estrategias de atención y prevención, y propone la afirmación ciudadana con base en el respeto y promoción de sus derechos esenciales, de sus derechos humanos (Madariaga, 2.002; Saraceno, 2003; Minoletti, 2.014). Mientras en el modelo anterior el centro de la acción de salud mental está puesto en los dispositivos sanitarios y colateralmente en algunas redes intersectoriales de apoyo, en este último el lugar social del sujeto es la comunidad ciudadana. Mientras el primero ofrece una gama variable de programas y dispositivos dedicados al tratamiento y la rehabilitación, en tanto condición para la inclusión sociofamiliar y laboral, el segundo inserta estos procedimientos sanitarios en el ejercicio del derecho a la salud y amplía los recursos programáticos con vista al usufructo pleno de ciudadanía en condiciones de diversidad y habilidades diferentes, en un escenario social de integralidad e indivisibilidad de los derechos humanos.

El salto es entonces desde estrategias de curación, prevención y promoción de la salud mental hacia la inclusión social del sujeto de la acción de salud, ya sea en condiciones de enfermedad mental, discapacidad, recuperación o curación. Avanzamos desde expectativas sectoriales propias de los sistemas médicos que están organizadas en torno a los efectos psicosociales y sociales de la enfermedad mental y la discapacidad, hacia la consumación del derecho a la salud, al trabajo, al estudio, a la justicia, la educación, la cultura, etc., en el marco del espacio público, del ágora, de la comunidad, de las relaciones intersubjetivas o como quiera llamarse. Como señala Minoletti, avanzamos en nuestras praxis en salud mental desde un enfoque de protección del sujeto enfermo a otro de apoyo, esto es: el recurso a las potencialidades; el cuidado de sí mismo; la autoconstrucción de proyectos de vida; aspiración al bienestar social, al vivir bien; la autonomía en las decisiones acerca de su salud y de su vida; capacidad jurídica en la protección de sus derechos, etc. La pregunta es entonces ¿cómo ciudadanizamos desde la salud mental comunitaria?.

Ciudadanía y Subjetividad

La pregunta por la ciudadanía nos pone en el centro del debate actual acerca del devenir de la democracia, condición esta última que desde Aristóteles determina la posibilidad de existencia y de ejercicio de aquella: sin democracia no hay ciudadanía posible. Sin ciudadanía no hay posibilidades para el bienestar social y para la potenciación de la subjetividad. En América Latina el debate conceptual

sobre la democracia gira en torno a las perspectivas procedimentalistas schumpeterianas o dahlianias, que se han limitado a definir los meros marcos formales que garantizan la representatividad política en la sociedad en desmedro de las cuestiones de contenido, que hacen centro en el disfrute pleno de los derechos fundamentales, en la justicia social. Esta concepción ha priorizado la apariencia (la forma) y ha invisibilizado la esencia (el contenido) de la democracia. En la región se entiende este sesgo conceptual como una opción ideológica asociada a la conformación predominantemente autoritaria de los regímenes políticos actuales, que cumplen tareas de sostenimiento del neoliberalismo.

Una propuesta de avance de la salud mental comunitaria en derechos y ciudadanía nos obliga a posicionarnos ya no en la cáscara sino en la “sustancia” del concepto; más allá de los sistemas regulatorios de la vida social, en el campo de las necesidades de las personas. Empiezan a importar ahora los efectos reales y concretos que tiene determinado régimen político “democrático” en cuanto a la satisfacción de necesidades. El sujeto que busca en el sistema de salud público soluciones a sus problemas mentales pertenece a los segmentos sociales más afectados por las injusticias e inequidades y es, por tanto, requirente no solo de participación en el ejercicio formal de la generación de sus representantes políticos sino de soluciones concretas a los requerimientos sociobiológicos que lo condicionan o amenazan en su reproducción como seres vivos y como personas.

La crítica a la democracia retoma el camino rousseauiano del contrato social al reinstalar la cuestión de las condiciones sociales de aquella. En este sentido, se trata ahora de poner en armonía la igualdad ciudadana entre la satisfacción plena de los derechos civiles y las libertades individuales, por una parte, y la justicia distributiva, por otra parte. En lenguaje ONU: promoción y respeto de los derechos civiles y políticos, pero también de los derechos económicos, sociales y culturales. Los derechos humanos, tanto en su configuración doctrinaria como de jure, están concebidos como un todo indivisible al mismo tiempo que exigible a los Estados nacionales por los ciudadanos; un corpus armónico en el cual no hay jerarquías ni prioridades arbitrarias. En la realización del todo descansa el ideal moderno, de modo que una democracia meramente formal bien puede ser solo la fachada de un régimen que viola los derechos humanos impunemente. En este ideal moderno es que inscribimos esta nueva fase del desarrollo de nuestra propuesta de salud mental comunitaria, en que avanzamos desde el hombre enfermo, desde el discapacitado mental hacia el sujeto-ciudadano, afectado en su salud psíquica, pero depositario de derechos, ciudadanizado, rescatado a sí mismo y por sí mismo desde los extramuros, liberado de una condición in-humana de no-sujeto y de no-ciudadano para que pueda llegar a ejercer sus derechos y participar en la producción de verdadera democracia. Esta es la ciudadanía que necesitamos para enfrentar desafíos propios del mundo de la salud mental como los trastornos psiquiátricos clásicos, el trauma psicosocial y el daño transgeneracional producido por la herencia del terrorismo de estado, la violencia de género, la salud mental de los niños, la batalla contra las adicciones, el estigma, etc. Con Emir Sader (2.008) señalamos que de lo que se trata en nuestro Tercer Mundo es de considerar el concepto de “democratización” más que el de democracia, dado que abre una ruta movilizadora, pone en juego la idea de lucha emancipadora; es decir, ciudadaniza. El trabajo comunitario en salud mental está impregnado de esta necesidad de co-participación del equipo de salud con el ciudadano enfermo, con su familia y con sus redes sociales de base en la transformación social, proceso en el que todos, no solo nuestro sujeto enfermo, todos podemos ser protagonistas.

Interculturalidad y Salud Mental Comunitaria

Interculturalidad, un concepto insuficientemente desarrollado a nivel de salud en nuestro país en lo que a nuestro juicio constituye un vacío de proporciones en la configuración de la matriz teórico-práctica de la salud mental comunitaria. Nos retrotrae al debate hoy en curso sobre el colonialismo interno y los fenómenos de colonialidad que le son propios. Autores como Quijano (2.001) y De Souza Santos (2.013) parten de la idea que no solo la colonia sino todo el período del desarrollo capitalista en la región profundizó y entronizó en la sociedad y en las subjetividades las formas coloniales de dominación, de manera tal que la cuestión emancipatoria no es solo un tema de la lucha por la igualdad frente a la explotación en la relación capital/trabajo sino, además, producto de la dominación étnico-racial, es una lucha por el reconocimiento. Recoge un debate que fuera abierto hace ya varias décadas por autores como Axel Honneth (1.999) y Charles Taylor (1.993), cuando se preguntan ¿qué es lo más importante, la redistribución de bienes materiales o el reconocimiento de la diferencia? Planteamiento dicotómico entre explotación (capitalista) y dominación (colonialista) que es retomado por Habermas (1.987) desde la teoría crítica. El Reconocimiento se afirma en tres principios normativos: la afectividad (el amor); el derecho (el respeto); la valoración social (solidaridad). En nuestro continente se hace contemporáneo desde las luchas políticas de las comunidades indígenas ecuatorianas y bolivianas de los finales del siglo pasado, que reivindicaron la diferencia y la diversidad cultural hasta llegar a posicionarla como una cuestión medular en sus respectivas asambleas constituyentes y posteriormente en sus constituciones políticas. Desde la óptica de la diversidad cultural del mundo se abre la puerta a formas de la subjetividad antes negadas por las fuerzas hegemónicas. Los movimientos sociales, a partir del final de los 60, se han encargado, en un proceso ascendente, de abrir espacio en todos los campos de la vida social a estas subjetividades emergentes y demandantes. También exigen salud y salud mental, solo que agregan nuevas complejidades al proceso salud/enfermedad/atención, las que requieren de avances no sólo en la teoría sino también en las políticas públicas, en los programas asistenciales y en las praxis de los equipos de salud, con vistas a su inserción estratégica como política de estado en salud. Postulo que la interculturalidad en salud constituye una categoría fundante de la salud mental comunitaria, ontológica, epistemológica y praxiológicamente; es uno de sus ejes paradigmáticos. Hasta ahora, a nivel del Ministerio de Salud solo se remite a los pueblos originarios. Se trata, sin embargo, de una concepción omniabarcativa de la sociedad chilena, que está presente a la manera de realidades culturales múltiples que van más allá de la diversidad étnica, en tanto formas concretas de subjetividad social que se despliegan muchas veces silenciosamente en la convivencia cotidiana y que es necesario visibilizarlas como sujeto/objeto de la acción en salud mental.

Desafíos principales para hoy: Ley de Salud Mental y Nuevo Plan Nacional de Salud Mental

Alvarado y Minoletti (2.014), en conjunto con OMS y OPS, han publicado el valioso texto “Sistema de Salud Mental en Chile. Segundo Informe”, en el cual se da cuenta de avances y debilidades del sistema de salud mental desde 2004 a la fecha. Algunas de sus conclusiones centrales son: reconoce el valor

de la existencia de un avanzado Plan Nacional de Salud Mental, vigente desde el 2.001; identifica el vacío de la inexistencia de una Ley Nacional de Salud Mental; un significativo crecimiento del número de dispositivos de salud mental en la red pública, a favor de aquellos de tipo comunitario; persistencia de los 5 hospitales psiquiátricos; bajo presupuesto para salud mental, el año 2008 fue de 3.1% y 2.16% el 2012, muy lejos de la meta 2001 de 5%; incorporación de profesionales (especialmente psicólogos) y programas locales de salud mental en la APS; incremento de un 50% de la tasa de profesionales y técnicos por 100.000 beneficiarios de FONASA; gran distancia del número de COSAM respecto del indicador de uno por cada 40.000 hab.; disminución de la tasa nacional de personas en tratamiento el año 2012 respecto a 2004; gran variabilidad cuali-cuantitativa en torno a acceso y calidad de la atención entre los servicios de salud; baja cobertura para la salud mental de niños y adolescentes; aumento de las medidas de privación de libertad vía hospitalizaciones no voluntarias, contenciones físicas y reclusión en salas de aislamiento; baja presencia y nivel de desarrollo de las organizaciones de usuarios y familiares; baja aplicación de un modelo de trabajo comunitario en salud mental en los planes de tratamiento de los equipos. Nuevos aportes a este análisis han sido hechos este año por el Observatorio DD.HH. Personas con Discapacidad Mental, institución que concluye la existencia de persistentes violaciones a los derechos humanos de los sujetos con problemas en su salud mental.

Con base en cifras duras y en el análisis de las prácticas concretas que se registran en la atención cotidiana a nuestros consultantes, Minoletti (2.014), con justa preocupación, ha titulado su última clase en nuestro diploma de salud mental comunitaria “La delgada línea roja: equipos de S.M. ¿defensores o cómplices de violaciones a los derechos humanos de las personas con discapacidad mental?” Yo me preguntaría ¿cuánta responsabilidad estructural tienen el sistema sanitario y el Estado de Chile en el hecho que los equipos de salud mental traspasen la línea roja? Volvemos aquí a la cuestión de la democracia y sus incompletudes, al problema de la ciudadanía a medias, a la fragilidad de los espacios relacionales y de la intersubjetividad, a la insatisfacción integral de necesidades, etc. La ponencia de Minoletti pone el acento en una cuestión clave: la vulneración de derechos desde dentro del sistema de salud, desde el interior de las propias redes de trabajo, y en un contexto de progresiva comunitarización de nuestras prácticas, donde el funcionario de salud tiene también responsabilidades, en tanto sujeto individual y en tanto colectivo de trabajo. Una de las críticas centrales que emergen desde las nuevas corrientes antipsiquiátricas (Pérez, 2.012) está precisamente dirigida al fenómeno real de institucionalización de los nuevos dispositivos de salud mental, al surgimiento de prácticas autoritarias y hasta totalitarias que amenazan con manicomializar algunos espacios clínicos, de rehabilitación y de cuidados en comunidad, una especie de nueva forma de existencia de la institución total.

Se hace urgente entonces el trabajar por una Ley de Salud Mental, que recoja una perspectiva integral sobre esta materia. El “Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación” (OMS, 2.006) plantea que toda ley debe tratar a lo menos las siguientes cuestiones críticas: el establecimiento de instalaciones y servicios de salud mental de alta calidad; el acceso a atención de calidad en salud mental; la protección de los derechos humanos; el derecho de los pacientes a recibir tratamiento; el desarrollo de intervenciones procedimentales sólidas; la integración de las personas con trastornos mentales en la comunidad; y la promoción de la salud mental en la comunidad. A nuestro juicio la ley que necesitamos debe proveer los recursos financieros para el pleno cumplimiento de las metas que derivan de cada uno de estos desafíos.

Proponemos que el estudio del proyecto de ley sea realizado en un debate horizontal en el que participen a plenitud todos los actores, con un flujo de discusión desde abajo hacia arriba, desde los usuarios, sus familiares, las organizaciones de base, representantes de la comunidad organizada y los equipos de salud hasta el intersector, los directivos de salud, representantes de los poderes del Estado, de la cultura, de los medios de comunicación, etc. Participación como involucramiento, como ejercicio ciudadano, como práctica de intersubjetividad, como co-construcción, único camino para hacer de esta ley algo sentido como propio, por tanto defendible. La voluntad política está disponible para este objetivo.

La convocatoria a trabajar un nuevo Plan Nacional de Salud Mental es también una emergencia crítica. El plan 2.001 produjo un antes y un después en el diseño de políticas públicas en salud mental, sus logros han tenido reconocimiento internacional. Sin embargo, hoy no es capaz de dar respuesta no solo a necesidades emergentes de salud mental sino también al efecto acumulativo de los problemas que no han sido encarados por años, o solo a medias. Para que ello no nos suceda nuevamente es necesario alinear este plan con la nueva ley de salud mental, hacerlos a ambos recorrer un camino simultáneo, igualmente participativo, democrático en su gestación y en su inspiración. Un plan que afinque su existencia en un corpus legal que lo ponga a buen recaudo de las contingencias de la coyuntura política.

La Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile ha convocado este encuentro de equipos de salud mental comunitaria en coherencia con su ya larga trayectoria en la formación de pre y posgrado, en la capacitación y en la extensión universitaria en torno de esta disciplina. Más de mil profesionales de la red pública de salud mental han sido diplomados y otros centenares han participado en muchos eventos académicos orientados al tema. Queremos debatir abiertamente sobre las prácticas locales en salud mental comunitaria, sobre las políticas públicas, sobre la comunidad, las formas de enfermar y tratar la enfermedad, sobre las redes sociales, la violencia, la problemática de género, la interculturalidad, etc. La reflexión a partir de nuestras praxis es el mejor camino para la síntesis teórica y para el ordenamiento de las estrategias de acción. Proponemos posicionarnos todos en tanto colectivo social, comunidad dialógica y propositiva, red de intercambio, intersubjetividad en acción en torno a la Ley de Salud Mental y al nuevo Plan Nacional de Salud Mental. Mucho éxito en los debates que a continuación iniciaremos.

Referencias bibliográficas

1. Bourdieu, P., 1988. La distinción. Crítica social del gusto. Taurus. Madrid.
2. Wallerstein, I., 2006. Análisis de sistemas-mundo. Una introducción. Madrid : Siglo XXI Editores.
3. Borón, A., 2009. El lado oscuro del imperio. La violación de los derechos humanos por Estados Unidos. Buenos Aires: Ediciones Luxemburg.
4. Foucault, M., 1999. Estrategias de poder. Traducción al castellano de J. Varela y F. Álvarez. Obras esenciales, Vol II, Ediciones Paidós Ibérica SA. Barcelona, España.
5. Deleuze, G., Guattari, F., 1972. El Anti Edipo. Capitalismo y Esquizofrenia. Paidós, Barcelona, B. Aires, México.
6. Orellana, C., 2014. Estado, Mercado, Sociedad. Doctorado en Procesos Sociales y Políticos Latinoamericanos, ELAP, Universidad ARCIS. Apuntes personales de clases. Chile.

7. Gómez, J. C., 2010. Política, democracia y ciudadanía en una sociedad neoliberal (Chile: 1990 - 2010). U. ARCIS. Santiago de Chile.
8. OMS, 2013. Salud mental, un estado de bienestar. Bajado internet, el 10 de octubre de 2014. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
9. Valdés, C., Errázuriz, P., 2012. Salud Mental en Chile: el pariente pobre del Sistema de Salud. U. D. Portales, Inst. Políticas Públicas, Rev. Claves de Políticas Públicas, Agosto 2012, N° 11.
10. De Souza, B., 2013. Descolonizar el saber, reinventar el poder. Ediciones Trilce, LOM. Santiago de Chile.
11. De Souza, 2009. Una Epistemología del Sur. CLACSO Coediciones, Siglo XXI Editores, México.
12. Levy-Strauss, C., 1997. El Pensamiento Salvaje. Fondo de Cultura Económica, México.
13. Saraceno, B., 2003. La liberación de los pacientes psiquiátricos. De la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible. Editorial Pax, México.
14. Samaja, J., 2004. Epistemología de la Salud. Editorial Lugar. Buenos Aires.
15. Madariaga, C. 2002. Psiquiatría Comunitaria. Apuntes para una conceptualización. Documento de estudio del Módulo II del Dipl. en Salud Mental Comunitaria de la Esc. de Salud Pública, Facultad de Medicina U. de Chile. Santiago de Chile.
16. Minoletti, A., 2014. La delgada línea roja: Equipos de Salud Mental: ¿defensores o cómplices de las violaciones a los derechos humanos de las personas con discapacidad mental? Conferencia en el Taller Internacional del Dipl. de Salud Mental Comunitaria, Escuela de Salud Pública, Fac. Medicina, U. de Chile. Powerpoint, Santiago de Chile.
17. Schumpeter, J., 2012. Creative destruction. Capitalism, Socialism and Democracy. Start Publishing LLC, New York.
18. Dahl, R., 2009. La Poliarquía. Participación y oposición. Tecnos, España.
19. Sader, E., 2008. Refundar el Estado. Posneoliberalismo en América Latina. CLACSO, Ediciones CTA. Buenos Aires.
20. Quijano, A., 2001. Colonialidad del Poder, Globalización y Democracia. Instituto de Estudios Internacionales Pedro Gual. Caracas, Venezuela.
21. Honneth, A., 1999. Reconocimiento y obligaciones morales. En: Rev. Estudios Políticos 14, Ene – Jun 1999, pág.173-187, Universidad de Antioquía, Colombia.
22. Taylor, Ch., 1993. Multiculturalismo y Política del Reconocimiento. Fondo de Cultura Económica, México.
23. Habermas, J., 1987. Teoría de la Acción Comunicativa [1981]. Taurus, Madrid.
24. Alvarado, R., Minoletti, A., 2014. Sistema de Salud Mental de Chile. Segundo Informe. WHO-AIMS, Santiago de Chile.
25. Soto, C., 2012. Una nueva Antipsiquiatría. Crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico. Edit. LOM, Santiago de Chile.
26. OMS, 2006. Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. Sí a la atención, no a la exclusión. Ed. OMS, Suiza.



Conferencia 2

Desafíos para los Servicios Comunitarios de Salud Mental

Prof. Dr. Francisco Torres-González

Médico Psiquiatra

Catedrático de Psiquiatría

Presidente de la Red MARISTAN*

.....

El desarrollo de servicios comunitarios de Salud Mental –en todo el mundo– ha de enfrentar una trinidad de poderes fácticos: el liberalismo financiero, el político instituido y el corporativismo profesional, mencionados en orden decreciente de poder, pero por lo común bien articulados en un único imperio. El liberalismo financiero presiona para adelgazar al Estado, ignorando la opinión de los contribuyentes que lo sostienen, para convertir sus despojos en lucrativos negocios: Salud Pública y Educación suelen ser las joyas más preciadas. Los políticos, liberales por vocación o conversos por sumisión, claudican ante las presiones de aseguradoras y empresas sanitarias privadas. Mientras tanto el corporativismo profesional navega al socaire del viento que mejor protege sus privilegios: el viento dominante.

Mandras como “la gestión privada es más eficiente que la pública” se repiten una y mil veces, hasta que la opinión pública las incorpora y las acepta en el debate político como argumento indiscutible. Y la Salud Mental Comunitaria (SMC) ha de navegar contra el viento dominante, sea Eolo, Kon o Ehécatl, y contra los misiles mandras creados por la tríada de poderes. Ese es su titánico desafío.

No obstante podremos encontrar a la Salud Mental Comunitaria en boca de dirigentes del oficialismo institucional, porque la lucha por los derechos humanos y de los enfermos mentales le ha hecho estar de moda para el discurso “políticamente correcto”. Pero no nos engañemos, el mandra descalificador de la gestión pública también estará en sus bocas. Los mismos nos hablarán de la SMC en la que creemos y del mandra en el que nos fuerzan a creer. ¿Ayudan los poderes públicos instituidos a demostrar que eso no es así? No, porque ellos también recitan el mismo mandra. Sin embargo nadie ha demostrado con carácter universal que la gestión pública sea menos eficiente. En cambio, no necesita ser demostrado que la privada, con raras excepciones, tiene el lucro como su objetivo, aunque sea a costa de un bien tanpreciado como el de la salud.

* Red MARISTAN, www.redmaristan.org

1. Cuando se habla de SMC hay que hablar de costos. ¿Qué cuestan las enfermedades mentales? Las atendamos o no.

Según la OMS, los trastornos cerebrales suponen el 10,4% del coste mundial por enfermedad y se prevé que siga en aumento, por lo que conocer los factores principales que contribuyen a los costes “es determinante para la correcta formulación de las políticas de salud y para ayudar a la toma de decisiones”.

Veamos algunos datos referidos a España. Según un estudio del Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas de Barcelona publicado este año los trastornos mentales y las enfermedades del cerebro cuestan 84.000 millones de euros/año; mientras que el gasto público en sanidad en 2012 fue de 73.000 millones de euros. Según Jordi Alonso, director del estudio, sería aconsejable reducir el coste de la medicación efectiva y proporcionar una “atención comunitaria eficaz y asequible”. ¿Por qué no empezamos por ahí?

2. Para hablar de medicación es preciso pedir permiso al lobby farmacéutico, uno de los poderes fácticos más determinantes.

Según Peter C. Gotsche² en otra reciente publicación informa que la industria farmacéutica es la tercera mundial en beneficios después de armas y narcotráfico. Afirma además, que los medicamentos son la tercera causa de muerte a nivel mundial. Gotsche nos da otro dato: 31 científicos denunciaron ante el *premier* británico David Cameron, en carta abierta a través de *Lancet*, que “en Europa se producen 197.000 muertos al año por los efectos adversos de la medicación”.

Otra autorizada opinión sería la de Allen Frances. Él presidió el grupo de trabajo que editó el DSM IV y, hace tres años, decía “Las compañías farmacéuticas encontraron que la mejor manera para ofrecer fármacos era usar una puerta trasera para vender diagnósticos... vendiendo el diagnóstico se abría una vía hacia un nuevo mercado. Nuevos diagnósticos son tan peligrosos como nuevos fármacos, al menos en Psiquiatría” (“The drug companies learned a while back that the best way to sell drugs was to sell diagnoses... selling the diagnosis is a way of opening up the new market. New diagnoses are as dangerous as new drugs, at least in psychiatry”³.)

Retomemos el discurso sobre la SMC. Los colegas reunidos en el último (el XVI) Congreso Mundial de Psiquiatría celebrado en Madrid en septiembre 2014 colmaron la ciudad con la fuerza de 16.000 pernoctaciones en hoteles de 5 a 3 estrellas y unos ingresos de 11 millones de euros (según notas de prensa). Ahora bien, se plantearon como un objetivo parcial del congreso estudiar “el acceso (a los servicios), la calidad y los cuidados humanitarios”. Fueron políticamente correctos.

Si nos centramos en Chile, siguiendo con la SMC, podemos leer que el 14 de abril del 2014 la Presidenta Bachelet creó la Comisión Asesora Presidencial para proponer un nuevo régimen jurídico en el sistema privado de salud. La información publicada por la revista chilena Medwave en septiembre 2014 decía que “... el Fondo Nacional de Salud (FONASA), como seguro público y del que más de 80% de la población es beneficiaria, concentra a las personas provenientes de los quintiles con menos ingresos, los adultos mayores y las mujeres en edad fértil, ...El Gobierno... ha señalado que en este período presidencial no se realizarán cambios estructurales al sistema de salud al no ser parte del programa de gobierno”⁴.

Ojala que todo lo comprometido por los gobiernos antes las urnas fuese cumplido después.

Unos meses más tarde se celebró la Jornada Anual de Salud Mental en Chile con la presencia de la Ministra de Salud (junio, 2014). La jornada se centró en los “*Avances en Salud Mental Comunitaria*”. En los documentos emanados de la Jornada pudimos leer que “... *se discutió el avance en la implementación del modelo de base comunitaria y se identificaron colectivamente las áreas críticas en los distintos niveles del sistema de salud...*”. Así mismo que entre las principales conclusiones destacaban la necesidad de actualizar el Plan Nacional de Salud Mental, de revisar el componente salud mental de los establecimientos de atención primaria, y de reformular los mecanismos de financiación y procedimientos administrativos vigentes. La Ministra de Salud manifestó su decisión de incrementar el presupuesto destinado a Salud Mental y su compromiso de profundizar las transformaciones en el sistema de Salud Mental del país. No alcanzo a saber cuáles son las previstas transformaciones que pueden encajar sin “cambios estructurales” como decía la Presidenta.

La SMC no navega bien fuera de un Sistema Público de Salud, universal y gratuito. Un sistema como aquel con el que se dotó Chile en 1952; el segundo del mundo detrás del británico logrado en 1948, y decenios antes que el español, instituido en 1986.

Con oportunidad, mientras se escribían estas notas ha aparecido el número de octubre de 2014 de Medwave, en el que su editora V. C. Bachelet escribe lo siguiente: “*En los últimos años en Chile, se ha reiteradamente cuestionado si la forma de organización de la salud que se instala a partir de 1980, en plena dictadura, en su dimensión de financiamiento, aseguramiento y prestación, es la más adecuada para un país ahora clasificado como de ingresos altos por el Banco Mundial, pero plagado por profundas desigualdades. Las desalentadoras cifras incluyen, entre otros, un índice de GINI de 51 (Banco Mundial, 2011), el ranking de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) que coloca a Chile como el peor en desigualdad de ingresos...*”⁵. Según el Banco Mundial, Chile ya es un país plenamente desarrollado, pero según la OCDE es, de entre sus miembros, el país con mayor desigualdad entre ricos y pobres. No es posible hablar de política de salud en un país sin hablar de política general y en particular de la política económica de ese mismo país. Son los chilenos los que han de decidir y encontrar el camino.

Es por todo ello que las vanguardias que abren las veredas hacia la SMC en Chile y en el mundo han de tomar posición también en defensa de un Servicio Público de Salud universal y gratuito. Salud Mental Comunitaria y Servicio Público de Salud es la misma pelea.

Y las mismas vanguardias* son las que combaten en España contra los recortes de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, nacido como se ha dicho en 1986 y que tanto costó montar después de cuarenta años de dictadura militar.

Abandonemos la Política, sin perderla de vista, y descendamos al desafío que representa el diseño de los servicios.

* Mesa para la Defensa de la Sanidad Pública (MEDSAP: <http://mesaendefensasanidadpublica.wordpress.com/>) y Movimiento en Defensa de la Atención Pública a la Salud Mental (Declaración de Atocha: <http://declaraciondeatocha.wordpress.com/>)

3. Criterios para el desarrollo de Cuidados Comunitarios en Salud Mental: un Desafío

El principal problema en la práctica clínica de los cuidados comunitarios es dar respuesta a aquello que precisan las personas con trastornos mentales con perfiles sindrómicos de gravedad. Dentro de ellos también quienes, aún con un perfil psicopatológico bajo, han desarrollado cuadros de larga evolución. Un alto porcentaje van a tener el diagnóstico de esquizofrenia, aunque no en todos los casos. Las características de estas personas requieren una gran cantidad de oportunidades cuando se les atiende en la Comunidad.

En realidad tienen las mismas **necesidades** que las personas desfavorecidas por el desempleo, la pobreza, la discapacidad o la marginación social. Son las mismas necesidades, pero ha de tenerse en cuenta la vulnerabilidad que añade la condición de padecer una enfermedad mental de manera sostenida y con frecuencia con índices de gravedad. La vulnerabilidad y la frecuente limitada capacidad funcional les dificultan cubrir por sí mismos esas necesidades y son los servicios de SMC los que han de cubrirlos u ofrecerles ayudas para que con ellas las superen.

La autonomía personal y la plena integración social constituyen los objetivos centrales de todo proceso de atención a estas personas y, más aún, de los servicios de recuperación psicosocial.

Una persona que no viva con su propia familia, salvo que decida vivir sola, que no tenga un empleo o fortuna que le permita su autonomía económica y que no participe en actividades culturales o de ocio, se puede decir con poco margen de error que no está integrada socialmente.

Para atender estas necesidades y su compleja e inestable interrelación es útil recurrir a un modelo que denominamos **“paso a paso”** o **matricial de recuperación**. Ver ilustración nº 1:

Modelo “paso a paso” o matricial de rehabilitación

Familia propia o de origen					META
Vivienda protegida sin supervisión				MIA	
Vivienda supervisada			NO		
Ídem supervisada 24 horas/día		TO			
Residencia de ancianos	AU				
	Taller ocupacional	Taller protegido	Cursos de capacitación profesional	Empresa Social	Empleo en empresa ordinaria

Fig. 1: Modelo “paso a paso” o matricial de recuperación

En el eje de ordenadas situamos algunos ejemplos de alojamiento, desde el más óptimo de la vivienda propia hasta el de una residencia para ancianos, con varios pasos intermedios, según las necesidades de supervisión. Cuando más ampliemos la lista de opciones más fácil será encontrar el alojamiento adecuado para una persona concreta. Igual ocurre en el eje de abscisas: cuantas más opciones ocupacionales podamos ofrecer más fácil será ofrecer el espacio ocupacional adecuado al perfil de una persona.

Estas dos herramientas, alojamiento y ocupación, junto con los fármacos manejados de forma experta, son capitales en todo proceso de recuperación psicosocial. Hay que entender que alojamiento y ocupación no son con frecuencia ofertas de prescripción directa. Las más de las veces las personas para quienes trabaja la SMC van a precisar un largo proceso de entrenamiento y capacitación, que les permita usar un alojamiento con suficiente autonomía. Habrá que enseñarles a hacer la compra, a cocinar y a limpiar el hogar, a hacerse responsables del mismo o a compartir la responsabilidad de acuerdo a sus capacidades. Algo similar puede decirse de la vertiente ocupacional; no todos están en condiciones de ir de forma directa a su antiguo empleo o a otro similar. Con frecuencia van a necesitar una adaptación general a lo que significa un trabajo: aseo, puntualidad, continuidad y la imprescindible disciplina en su sentido más propositivo. Después vendrá la capacitación en un oficio concreto. Con frecuencia un largo proceso de recuperación psicosocial que habrá que manejar con rigor en el método terapéutico que se aplique y flexibilidad en la evaluación.

El modelo “paso a paso” recoge esa flexibilidad ofreciendo una gradilla o matriz, que será más grande cuantas más opciones incorporemos a los ejes de ordenadas y abscisas. Una persona con un trastorno mental grave no siempre va a evolucionar de acuerdo a lo deseado, a veces retrocede y en la gradilla vamos a encontrar siempre el espacio más adecuado a su momento evolutivo. El modelo, no obstante, muestra una escalera ascendente como objetivo general para todos: la plena autonomía.

4. La pregunta ahora es cuánto cuesta todo esto

Ofrecer cuidados a una persona con una enfermedad mental costará más o menos según el grado de discapacidad que tenga. A mayor grado de discapacidad mayor será el costo de su tratamiento. Este razonamiento parece poco discutible.

De nuevo recurrimos a un eje de coordenadas siguiendo el modelo propuesto en 1991 por Heinz Haffner^{6*} (ver ilustración n°2). La gran aportación de Haffner fue agregar un dato muy sencillo: el grado de discapacidad dentro del hospital no es tan importante para estimar el costo. La cama es “el recurso más caro del sistema” dicen algunos gestores; y de ser válida la afirmación también lo es para las camas psiquiátricas, incluidas las que operan en hospitales monovalentes.

¿Cuánto cuestan los cuidados comunitarios?

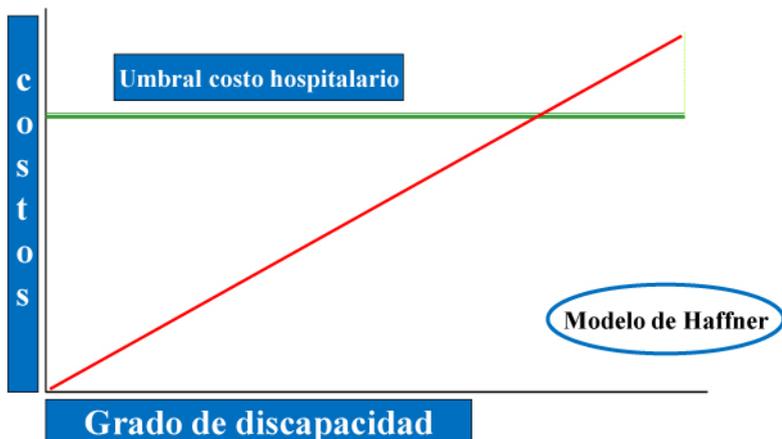


Fig. 2: Modelo de H. Haffner para entender el Gasto de los Cuidados Comunitarios

Según la OCDE⁷, los gastos en Salud Mental han aumentado entre los países que la integran, representando en la actualidad entre el 5% y el 18% del total del gasto sanitario. No obstante, el tratamiento de necesidades no cubiertas sigue pendiente en casi todos los países. Se podría argüir que se debe a que el gasto en Salud Mental es demasiado bajo, teniendo en cuenta la alta carga económica y social de las enfermedades mentales.

*Haffner creó el Central Institute of Mental Health en Mannheim, donde trabajó casi toda su vida. y fue el impulsor y autoridad indiscutible del desarrollo de las reformas psiquiátricas en Alemania desde mediada la década de 1950 del pasado siglo.

La OCDE ofrece el ejemplo del Reino Unido, donde las enfermedades mentales son responsables del 23% del total de la carga de enfermedad y, sin embargo, el National Health Service aporta a Salud Mental solo el 13% del gasto en Salud. Es decir que se aporta menos financiación que la que correspondería a las enfermedades mentales por su importancia relativa.

5. ¿Qué pasa con los hospitales psiquiátricos?

Y el problema financiero se agrava cuando una alta proporción de la financiación que aportan los sistemas de salud es engullida por el sumidero de los hospitales psiquiátricos. Para confirmarlo véase la tabla 1, en la que se muestran datos de algunos países sudamericanos seleccionados ad hoc del informe OMS/AIMS del pasado año⁸.

PAÍS	% del presupuesto de Salud dedicado a Salud Mental	% del gasto de SM consumido por Hospitales Psiquiátricos	Año de publicación de los datos	Año del Plan de Salud Mental más reciente
Argentina	2	65	2010	2010
Brasil	2,4	49	2007	2004
Chile	2,1	33	2006	2001
Perú	3	98	2008	2006
Uruguay	7	72	2006	1996
Media Sudamérica	2,1	65	---	---

Tabla. 1: El presupuesto y gasto en Salud Mental en 5 países de la región del Cono Sur.

Puede verse en el citado informe que en Sudamérica la tasa de pacientes atendidos en hospitales psiquiátricos por 100.000 habitantes es de forma muy notable inferior al atendido por el conjunto de servicios radicados en la comunidad. También se desprende del mismo informe que la tasa de camas psiquiátricas por 100.000 habitantes en la Región es de 16,4, la estancia media de 92 días y el porcentaje de los que están más de 10 años hospitalizados alcanza el 30%. Es decir que los hospitales psiquiátricos están ofreciendo una mera función asilar.

Se puede colegir, por consiguiente, que la resistencia patente en buena parte de los países a ir sustituyendo los hospitales psiquiátricos no tiene fundamento alguno basado en la eficiencia; es decir, en el mejor aprovechamiento del presupuesto disponible para atender los problemas de la Salud Mental.

Con la excepción de Uruguay, los países incluidos en la Tabla 1 tienen sus Planes de Salud Mental redactados en el presente siglo. Alguno, como Argentina, con una Ley de Salud Mental reciente. Los planes nacionales, las leyes, las recomendaciones de los organismos internacionales (OMS/OPS, OCDE, etc.), sin excepción, recomiendan la sustitución progresiva de los hospitales psiquiátricos monovalentes por redes de servicios comunitarios. ¿Por qué no se hace? ¿Dónde radica y cuál es el argumento de la resistencia para hacerlo?

Otro desafío: el estigma. En estos días la prestigiosa revista Nature dice en un editorial: “La Salud Mental está ganando su sitio como un problema médico, pero el progreso en el hallazgo de tratamientos está siendo atascado por el estigma de las experiencias diarias de la gente de alrededor”

(Mental health is gaining acceptance as a medical problem, but progress in finding treatments is being hampered by the stigma surrounding people's everyday experiences)⁹. Es obvio que el estigma que tiñe a todo lo relativo a la Salud Mental está dificultando la plena integración de los servicios de Salud Mental dentro de los sistemas de salud. Y no debe olvidarse que la lucha contra este estigma no tendrá éxito mientras no se pueda eliminar del imaginario popular el dúo estigmatizador: violencia-manicomio.

Sin embargo, más allá del costo oneroso y del estigma que generan, el argumento con más valor que se puede argüir para solicitar el desmantelamiento de la mayoría de los hospitales psiquiátricos se encuentra en el capítulo de los derechos humanos. No obstante, abrir este capítulo meritara un ensayo propio. Permítaseme recordar aquí nada más que lo que hace 24 años se compartió en la Declaración de Caracas:

Que el hospital psiquiátrico, como única modalidad asistencial, obstaculiza el logro de los objetivos antes mencionados al:

- a) aislar al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social,
- b) crear condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo,
- C) requerir la mayor parte de los recursos financieros y humanos asignados por los países a los servicios de salud mental,
- d) impartir una enseñanza insuficientemente vinculada con las necesidades de salud mental de las poblaciones, de los servicios de salud y otros sectores¹⁰.

La Declaración de Caracas fue ratificada en su integridad 15 años después en la Conferencia de Brasilia, 2005, donde se acordaron los llamados "Principios de Brasilia"¹¹. En sus consideraciones se tomó nota de que la Declaración de Caracas había sido "utilizada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos como un estándar para interpretar la Convención Americana sobre Derechos Humanos y otros instrumentos legales en los informes relacionados con los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidades mentales..."

La Declaración de Caracas había sido impulsada de manera muy destacada por Itzhak Levav, responsable por entonces de Salud Mental en la Oficina de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El modelo de organización de servicios basados en la Comunidad que se desprende de la Declaración fue apoyado de modo consistente por sus sucesores. De manera destacada el Prof. Jose Miguel Caldas de Almeida y el Dr. Jorge Jacinto Rodríguez, quien ostenta el cargo en la actualidad.

En un artículo sin desperdicio de 2003, el propio Itzhak Levav defendía una vez más el modelo comunitario, desgranando la relevancia que los derechos humanos tienen con relación a la manera de organizar los servicios y denunciando los inconvenientes ligados a la supervivencia de los hospitales psiquiátricos¹².

En la revisión hecha por Caldas de Almeida en 2005, se recoge que ya en la década de los 60 del pasado siglo hubo voces que pedían un cambio de modelo. En reuniones convocadas por la OPS en Cuernavaca (1960) y Buenos Aires (1963) se recomendaron estrategias alternativas al hospital psiquiátrico tradicional y en Viña del Mar (1969) se recomendó establecer servicios y programas en

la Comunidad¹³.

Y Jorge Rodríguez, actual Jefe de la Unidad de Salud Mental, Abuso de Sustancias y Rehabilitación de la OPS en Washington, ofreció en 2007 un interesante informe sobre las estrategias de reforma de los servicios de Salud Mental en Latinoamérica, en el que también se avala lo que en estas líneas se está defendiendo¹⁴.

6. Modelo o red de servicios de Salud Mental Comunitaria

Hablar de servicios comunitarios de Salud Mental implica que, como principio, la organización de esos servicios debe seguir las reglas generales de la estructura de servicios de Salud. Esto es: deben centrarse en una población determinada asentada en un territorio también determinado. Y el conjunto de unidades o dispositivos que operen en ese expreso territorio deben articularse en forma de red interdependiente, jerarquizada, multi e interdisciplinar. Y como tal red han de compartir los tres objetivos señalados por la OMS: a) Promoción de la Salud (Mental incluida); b) Prevención, en especial trabajando con grupos de riesgo; y c) Asistencia psiquiátrica y clínico psicológica a las personas que sufran la merma de su Salud Mental.

En la ilustración de la figura 3 se muestra un esquema de una red de servicios comunitarios de Salud Mental. La ilustración refleja la base que se siguió en la reforma psiquiátrica andaluza y, con variantes, en algunas otras regiones de España^{15, 16}. El nudo gordiano de la red es la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC). Esta unidad centra su atención en la Comunidad a la que ha de prestar atención y servicios, en coherencia con los objetivos a), b) y c) señalados en el párrafo anterior. La USMC ha de establecer un vínculo especial con el primer nivel de atención; es decir, con la Medicina de Familia.

Por razones obvias la USMC ha de contar con estructuras de apoyo y estas son: 1) la Unidad de Salud Mental en el Hospital General (USMHG) en donde en caso de necesidad se hospitalizarán quienes así lo precisen; 2) el Hospital de Día (HD), espacio comunitario orientado a prevenir la hospitalización o permitir que ésta sea más corta; 3) la Unidad Comunitaria de Recuperación o Rehabilitación (UCR), centro de día ubicado en la comunidad para recuperar a personas que hubiesen desarrollado discapacidades relacionadas con su salud mental; 4) la Unidad Hospitalaria de Rehabilitación (UHR), instalación de carácter hospitalario para dar respuesta específica a aquellas personas con trastorno mental grave que no pueden ser tratadas en la comunidad, espacios de pocas camas y alta ratio personal/usuario para poder atender justo a las personas que ofrecen una mayor resistencia terapéutica (estas unidades en Andalucía cuentan con no más de 15 camas y se ubican de forma preferente fuera de cualquier edificio hospitalario); 5) por último, la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ), dedicada al sector etario que indica su denominación y estatutariamente vinculada, además de con la USMC, con los equipos psicopedagógicos del sistema educativo.

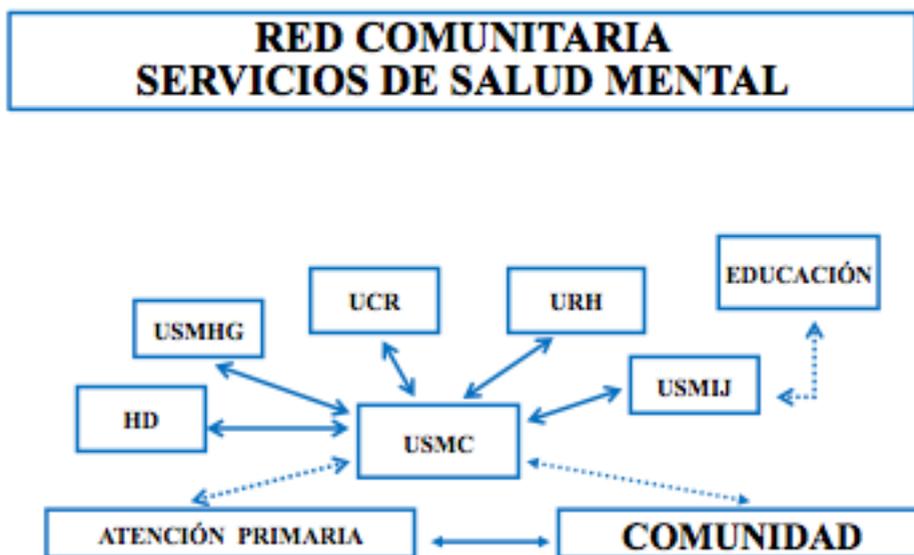


Fig. 3: Esquema de una red de servicios comunitarios de Salud Mental

Es pertinente señalar que el acceso habitual y normativo del usuario al subsistema de atención a los servicios de Salud Mental es a través de Atención Primaria, de donde a juicio de los médicos de familia será derivado o no a la USMC, pero a ningún otro espacio del subsistema. Será la propia USMC quien decida la derivación del usuario a alguna de las otras unidades de apoyo si así lo precisa, pero que nunca se accederá a ellas de forma directa.

Puede advertirse que en esta ilustración no aparece en ningún lugar el hospital psiquiátrico. En Andalucía comenzó la reforma psiquiátrica a finales de 1984 y el último hospital psiquiátrico se cerró en enero de 2001. Fue por lo tanto un proceso lento y sin precipitaciones.

Cuando se inició la reforma en 1984 se constituyó una comisión ad hoc interdisciplinar presidida por un magistrado juez que evaluó la situación de las personas internadas en los hospitales psiquiátricos andaluces públicos y privados¹⁷. Había 3.208 personas internadas en los hospitales psiquiátricos públicos y 570 en centros privados. Dentro de los establecimientos públicos, el 50% de ellos tenían edades comprendidas entre 31 y 60 años. La estancia oscilaba entre un 5% por debajo de los 3 meses y el 48% con más de 10 años. A juicio de la comisión, no precisaban estar allí para recibir tratamiento el 37% de ellos; y no precisaban ningún tratamiento psiquiátrico el 14% (sic). También dejó constancia la comisión de la presencia en todos los centros de disminuidos físicos y sensoriales sin enfermedad psíquica.

En una evaluación interna no publicada y realizada en 1995 sobre los años precedentes, entre 1985 y 1993 se habían dado 1.253 altas, de las que 552 (44%) lo fueron por transferencia de estas personas a servicios sociales. Fueron dados de alta 187 (14%) con destino a hogares protegidos y 113 (9%) lo habían sido a vivir con sus familias. Es decir, cerca de la mitad de los internos que había en 1984

fueron transferidos poco a poco a los servicios sociales con diagnósticos de discapacidad intelectual o relacionados con la senilidad. Algo habitual en todas las reformas de desinstitucionalización llevadas a cabo.

Para conocer más sobre la estrategia que se ha venido siguiendo en España, que en la actualidad está en riesgo por los recortes presupuestarios, se puede consultar la aportación del Prof. Gómez Beneyto y el amplio equipo que coordinó, quienes asesoraron al Ministerio de Sanidad entre 2006 y 2011¹⁸.

No debemos olvidar, hablando sobre el cierre de hospitales psiquiátricos, la que quizá sea la mejor pieza de literatura científica y metodológica sobre la materia: la producida por el equipo TAPS (Team for the Assessment of Psychiatric Services) dirigido durante una década por el Prof. Julian Leff y que monitorizó el plan de cierre de dos grandes psiquiátricos en el área de Londres. Las luces y las sombras de la adaptación de los externalizados a la comunidad pueden verse en el artículo de referencia¹⁹. Más allá de esta cita, la publicación donde se recoge lo más relevante de esta investigación es el suplemento 19 del nº 162 (1993) del British Journal of Psychiatry.

7. Consideraciones finales

Se han dado argumentos para considerar cómo la Salud Mental Comunitaria, más allá de experiencias puntuales, sólo puede darse de manera generalizada para toda la población en el contexto de Sistemas Públicos de Salud. También se ha mostrado de una manera descriptiva el denominado modelo “paso a paso” o matricial de recuperación. Dada la variedad tipológica de recursos comunitarios que este modelo precisa se ha procurado dar respuesta a las habituales preguntas sobre su costo.

A continuación y de forma algo más detallada se han dado argumentos, con relevante apoyo bibliográfico, a la necesidad de abordar con decisión el reemplazo de los hospitales psiquiátricos dentro de los sistemas de atención a la Salud Mental. Se ha aportado después un modelo teórico alternativo utilizando como ejemplo la experiencia andaluza. Y es aquí donde se hace preciso agregar también algunas reflexiones sobre los errores más destacados que se cometieron en esta experiencia.

¿Cuáles fueron los errores?

Abramos el espacio a reflexiones desde una perspectiva personal y sin respaldo bibliográfico alguno. En estas semanas se cumplen 30 años de la creación del Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM). Fue un organismo autónomo creado por ley del Parlamento de Andalucía para gestionar la reforma psiquiátrica. Tenía funciones de planificación y –la más importante– tenía la capacidad de decidir dónde se aplicaban los capítulos presupuestarios, tanto en inversiones como en incremento de recursos humanos. Los directivos del resto del sistema sanitario se limitaban a aplicarlos, porque el Instituto nunca tuvo competencias de gestión directa de los servicios.

El IASAM fue concebido como un instrumento transitorio, con fecha de caducidad. De hecho fue extinguido sin que la reforma estuviese consolidada. Pronto los gestores sanitarios hicieron valer sus propias legítimas prioridades, entre las que no solía estar la Salud Mental, y la caída de la financiación

para servicios de Salud Mental se hizo notoria. Fue un craso error de diseño institucional. También una clara responsabilidad de los que gobernaron en Andalucía, a partir del segundo quinquenio de reforma, y permitieron la quiebra en el respaldo presupuestario a la reforma psiquiátrica.

Sin duda, el segundo error fue también de planificación. Nunca se valoró en su justa medida la importancia que tenía capacitar y entrenar a los centenares de profesionales que se trasladarían desde los hospitales psiquiátricos a trabajar en las unidades comunitarias. Es cierto que se hicieron numerosos cursos de actualización en técnicas comunitarias y en el trabajo coordinado con la Atención Primaria, pero se ofertaron con carácter voluntario y solo los siguieron aquellos que ya estaban motivados por el cambio. La mayoría se mudaron con el mismo equipaje mental. Consistía en trabajar detrás de una mesa y atender a un enfermo tras otro, lo que produjo no sólo una fractura en el modelo, sino que influyó en las nuevas generaciones que se fueron incorporando.

Para concluir estas reflexiones diría que el cambio hacia un modelo de Salud Mental Comunitaria precisa de una financiación suficiente y sostenida durante al menos un par de décadas y de un esfuerzo manifiesto y también sostenido en la adaptación de los profesionales a los usos del nuevo modelo.

Referencias bibliográficas

1. Badell O, et al. (2014) Cost of Disorders of the Brain in Spain. PLoS ONE 9(8): e105471.
2. Gotzsche, P.C.. Medicamentos que matan y crimen organizado. Ed.: Los libros del Lince, Barcelona, 2014.
3. Frances, A. "Selling Sickness" conference, 2011.
4. Herrera, T. Comisión presidencial sobre reforma de seguros privados de salud encaminada a proponer más que ajustes acotados de un sistema no mancomunado Medwave, 2014(8): e6018 doi: 10.5867/medwave.2014.08.6018.
5. Bachelet, V. Medwave. La visión de largo plazo del sistema de seguridad social en salud: Chile en la encrucijada. Medwave 2014(9); e6028. doi: 10.5867/medwave.2014.09.6028.
6. Häfner, H; an der Heiden, W. Evaluating effectiveness and cost of community care for schizophrenic patients. Schizophrenia Bulletin, Vol 17(3), 1991, 441-451.
7. OCDE. Focus-on-Health-Making-Mental-Health-Count. (<http://www.oecd.org/health/health-systems/Focus-on-Health-Making-Mental-Health-Count.pdf>)
8. WHO. Report on the Assessment of Mental Health Systems in Latin America and the Caribbean using the World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS) (2013). Pan American Health Organization/World Health Organization. 525 Twenty-third Street, N.W. Washington, D.C. 20037, USA
9. The Nature. The burden of depression. Editorial. Nature, 515, 163(13 November 2014). doi:10.1038/515163a.
10. Declaración de Caracas 1990. (https://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf)
11. Principios de Brasilia 2005 (www.mpd.gov.ar/articulo/downloadAttachment/id/3106)
12. Levav, I. Salud mental: una prioridad de la salud pública. Revista de la Maestría en Salud Pública ISSN: 1667-3700. Año1 N° 2 -Diciembre 2003.
13. Caldas de Almeida, J.M. Estrategias de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud en la nueva fase de la reforma de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. Informe especial / Special report. Rev Panam Salud Pública. 2005:18(4/5):314-26.

14. Rodríguez, J. La atención de Salud Mental en América Latina y el Caribe. *Rev Psiquiatr Urug* 2007;71(2):117-124.
15. Torres-Gonzalez, F. Mental health care in Spain. *Psychiatric Bulletin* (1995), 19, 254-257
16. Torres-González F. The Spanish psychiatric reform in perspective: achievements, pending issues, and the crisis. *Medwave* 2012(10):e5543 doi: 10.5867/medwave.2012.09.5543
17. Instituto Andaluz de Salud Mental. Situación jurídica de los pacientes psiquiátricos andaluces. Informe Técnico nº 1 (1985). Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía
18. Gómez-Beneyto, M. (Coordinador). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud* (2007). Edita: Ministerio de Sanidad y Consumo, Gobierno de España.
19. Leff, J. and Trieman, N. Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals: Social and clinical outcomes after five years in the community. The TAPS Project 46. *The Brit. J. of Psychiatry*, 2000; 176(3): 217 - 223.

Mesas de Trabajo

Mesa

1

“Articulando las Redes”



Trabajo N° 1

Consultoría de Salud Mental en Atención Primaria de Salud: integrando la red y asegurando la continuidad de cuidados

Autores: Rafael Sepúlveda¹, Alejandro Castro², Daniela Ulloa³, Claudia Wolff⁴, Fernando Manríquez⁵, Emmanuel Méndez⁵, Paula Andrade⁶

- 1 Médico-Psiquiatra del Equipo de Psiquiatría Comunitaria para la Comuna de San Bernardo Poniente (EPC-SBp), Jefe de Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial Barros Luco (CABL)
- 2 Trabajador Social, Jefe del EPC-SBp, CABL.
- 3 Psicóloga, EPC-SBp, CABL.
- 4 Médico-Psiquiatra del EPC-SBp, CABL:
- 5 Residente del Programa de Especialización en Psiquiatría Adultos, Universidad Mayor, en el EPC-SBp, CABL:
- 6 Terapeuta Ocupacional, EPC-SBp, CABL.

Introducción

Sustituir el modelo de atención asilar en psiquiatría por el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental implica desarrollar dispositivos diversos (Unidades de Hospitalización de Agudos en Hospitales Generales, Hospitales de Día, Equipos de Psiquiatría Comunitaria, Programas de Rehabilitación Psicosocial, Salud Mental en los Centros de Atención Primaria, entre otros), articularlos en una red territorializada, que permita brindar atención integral y que asegure la continuidad de cuidados a las personas que son afectadas por problemas de salud mental, favoreciendo su acceso y pertinencia. Todo tras el objetivo de maximizar la autonomía y el mejor desarrollo de sus proyectos de vida.

Objetivos de la experiencia

Favorecer la continuidad e integralidad de los cuidados sanitarios a las personas afectadas por problemas de salud mental, y a cargo de los dispositivos y equipos presentes en el territorio en que se desarrolla esta experiencia.

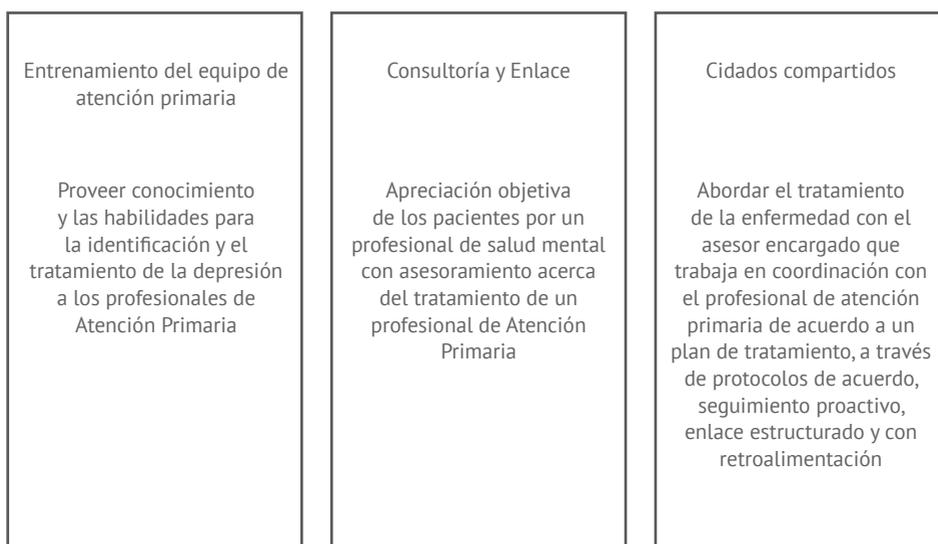
Fundamentos

Los sistemas sanitarios avanzados y costo efectivos son aquellos que tienen un sólido desarrollo de la APS (Starfield B et Al 2005, Starfield B 2009). Esto incluye imprescindiblemente el abordaje competente del componente de salud mental y psiquiatría de la población a su cargo por el equipo de atención primaria y una buena articulación entre éste y el nivel especializado de atención en salud mental (WHO-WONCA, 2008; Irbijaro G y Funk M, 2008).

En el marco del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental la interfaz entre los servicios especializados y la atención primaria de salud adquiere un valor crítico. El modelo prescribe la conservación o establecimiento del vínculo de las personas afectadas por trastornos psiquiátricos con el nivel primario de atención, con el apoyo del nivel especializado. Este nivel especializado se organiza territorial y multidisciplinariamente para dar respuestas oportunas, comprensivas y resolutivas, lo que requiere que sea un nivel “de tránsito”, donde se clarifiquen diagnósticos, se traten intensivamente los cuadros agudos y se controlen periódicamente a las personas afectadas por cuadros severos estabilizados, cuya relación fundamental y continua es con la APS (Sepúlveda R., 2014).

Cape et al (1980) distinguen 4 formas de relación entre estos niveles de atención en salud mental, las que se resumen en la figura siguiente. Estas formas son: (i) Capacitación al equipo de APS, (ii) Consultoría y Enlace, (iii) Cuidado colaborativo, y (iv) Acoplamiento. Cape grafica cómo en las 2 primeras modalidades la participación de la APS es mayor, así como en las 2 siguientes lo es la de los equipos especializados.

**FORMAS DE ARTICULACIÓN ENTRE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y
LOS EQUIPOS ESPECIALIZADOS DE SALUD MENTAL**



Incremento de participación de médico clínico en atención primaria

Incremento de participación o compromisos de psicólogos o psiquiatras en salud mental



Este texto comunica la experiencia desarrollada en la comuna de San Bernardo, en el sector sur de Santiago de Chile, durante el período 2009-20013, la que debe ser entendida como parte de un proceso más amplio de implementación del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental en el país y en el territorio del Servicio de Salud Metropolitano Sur en particular (Sepúlveda R. 2012).

Problema que motivó el desarrollo de la experiencia

Era necesario mejorar la continuidad de cuidados de los usuarios en su tránsito a través de los dispositivos de salud mental y mejorar el desempeño de los diferentes niveles de atención, cada uno en su nivel y todos integrados en red. Esto para acortar los períodos de espera y para mejorar el uso de los recursos con el fin de maximizar el cumplimiento de los objetivos de tratamiento establecidos para nuestros usuarios.

Contexto en que se desarrolló la experiencia

Sector poniente de la comuna de San Bernardo, con 3 Centros de APS (CESFAM Joan ALSINA, Raúl Cuevas y Carol Urzúa), territorio de responsabilidad en el nivel especializado de atención en salud mental del Equipo de Psiquiatría Comunitaria (EPC) para la comuna de San Bernardo, del Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial Barros Luco. Este EPC tiene composición multiprofesional y es liderado por un trabajador social (media jornada) y una psicóloga (44 horas), compuesto además por terapeuta ocupacional (44 horas), enfermera (media jornada) y 2 médicos psiquiatras (que suman 30 horas aproximadamente). Con el aporte de 2 médicos residentes de psiquiatría de primer año y una alumna en práctica de psicología.

Descripción de las acciones realizadas:

En el marco del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, se enfatizó (i) la organización territorializada del nivel secundario, constituyendo los Equipos de Psiquiatría Comunitaria, y (ii) su articulación con los centros de Atención Primaria. Esta articulación se efectúa a través de la modalidad de Consultoría y Enlace.

Esta modalidad implica que (i) las Consultorías son efectuadas, cada 2 semanas, por un mismo psiquiatra para cada Centro de APS, (ii) que es este mismo psiquiatra quién atiende a los pacientes provenientes de ese centro cuando son derivados al nivel secundario. Adicionalmente (iii) el modelo requiere que no sea sólo el psiquiatra quien asista a las Consultorías, sino que lo haga siempre acompañado por un mismo profesional psicosocial del Equipo (trabajador social, psicóloga o terapeuta ocupacional), quien actúa como Coordinador para ese Centro AP, y (iv) al vincularse con el Encargado de Salud Mental del Centro (Coordinador local), se conforma un sistema articulado permanentemente, cuyo contacto no se limita al acto de la Consultoría.

La modalidad tiene 3 componentes: Consultoría clínica, capacitación y articulación clínica-administrativa continua.

Logros obtenidos

- Mejorar sustancialmente la capacidad de incidir sobre casos complejos psicosocialmente, que requieren potenciar la continuidad de cuidados y la activación de sus redes personales, brindando respuestas más oportunas, pertinentes y efectivas.

- Articular un “meta-equipo” que integra los niveles de atención primario y secundario para la población del territorio de su responsabilidad.

Condiciones o factores facilitadores de las actividades

Coherencia respecto al Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental. Coherencia en la organización del Servicio de Psiquiatría promoviendo esta forma de actuar. Liderazgo y persistencia que consolidan la legitimidad. Impacto asistencial con mínima lista de espera.

Condiciones o factores obstaculizadores de las actividades

Falta de horas profesionales, especialmente horas de médico-psiquiatra, pese a cargos disponibles (debido a las bajas remuneraciones).

Impacto en los centros APS del proceso de reconversión de Consultorios a CESFAM, con dificultades, probablemente transitorias, para transversalizar su trabajo en salud mental conservando sus competencias y capacidades de coordinación con el nivel secundario.

Análisis de la experiencia

a) Innovación: El enfrentar el tema de la articulación entre los niveles primario y secundario con la lógica de Consultoría y Enlace supera ampliamente el hacerlo sólo con el modelo de Consultoría. El impacto trasciende el acto de la Consultoría y construye red activamente.

b) Factibilidad: La factibilidad es alta, existen condiciones administrativas para realizarlas ya que están contempladas en el Plan Nacional de Salud Mental. Sin embargo es indispensable construir y actualizar la claridad de su conveniencia en la racionalidad de los gestores sanitarios.

c) Sostenibilidad: La sostenibilidad depende de la claridad conceptual de los gestores sanitarios. El resultado positivo hace que una vez instada la modalidad sea muy probable su mantención y profundización.

d) Transferibilidad: La transferibilidad depende de la claridad conceptual de los gestores sanitarios. El resultado positivo hace que una vez instada la modalidad sea muy probable su mantención y profundización.

e) Impactos positivos en los usuarios: Reducción de los tiempos de espera, mejoría de la articulación y coherencia de la práctica de sus prestadores, mejor continuidad en los cuidados recibidos.

f) Reconocimiento externo y de la comunidad: La efectividad del trabajo es reconocido por los gestores del nivel secundario, los equipos de APS y algunos pacientes que valoran la diferencia con las formas de atención más clásicas en que la articulación entre los niveles de atención era menos efectiva.

Referencias bibliográficas:

- Starfield B. (2009). Hospitales, Especialistas y Atención Primaria: las responsabilidades de cada uno en la atención a la salud de la poblacional. Fórum Catalán de Atención Primaria; Barcelona, 19 noviembre 2009.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. (2005). Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Quarterly*. 2005; 83(3):457–502. Disponible en: http://www.readcube.com/articles/10.1111%2Fj.1468-0009.2005.00409.x?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1
- WHO/WONCA (2008). Integrating mental health into primary care: a global perspective. World Health Organization / World Organization of Family Doctors. Disponible en. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563680_eng.pdf?ua=1
- Ivbijaro G and Funk M (2008). No mental health with outprimary care .*Ment Health Fam Med*. Sep 2008; 5(3): 127–128. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2777569/>
- Sepúlveda, R (2014). Estudio de la posible asociación entre la actividad de Consultoría Psiquiátrica en APS y las tasas de egresos de hospitalización psiquiátrica, a nivel de comunas del país. Proyecto de Tesis para optar al grado de Magister en Salud Pública. Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, Santiago, Agosto de 2014.
- Cape J, Whittington C, Bower P (2010).What is the role of consultation-liaison psychiatry in the management of depression in primary care? A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry* 32(3):246-254.
- Sepúlveda R., Ramírez J., Zitko P, Ortiz AM., Norambuena P., Barrera A, Vera C. & Illanes E (2012). Implementing the Community Mental Health Care Model in a Large Latin-American Urban Area. The Experiencie from Santiago, Chile. *International Journal of Mental Health*, vol 41, n°1, Spring 2012, pp62-72.

Trabajo N° 2

Encuentro de la Red de Salud Mental en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

Autores: Álvaro Jeria D.¹, Claudia Soto G.², Felipe Gutiérrez M.³, Daniel Molina M.⁴

1 Médico psiquiatra, Unidad de Corta Estadía, Hospital Sótero del Río, SSMSO

2 Trabajadora social, Unidad de Corta Estadía, Hospital Sótero del Río, SSMSO.

3 Psicólogo, COSAM La Florida

4 Psicólogo, Depto. Gestión de Redes, SSMSO.

Introducción

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (MINSAL, 2000) propone como uno de sus principales desafíos la instauración del Modelo de Salud Mental Comunitario en nuestro país. Uno de los pilares de dicho modelo es lograr construir “redes de servicios de salud mental (...), en que las distintas unidades ofrezcan una amplia gama de prestaciones”, aludiendo también a “los vínculos que se establecen entre personas, grupos y/o instituciones que (...) 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” (MINSAL, 2000). Lo anterior supone el deber de potenciar esfuerzos y capacidades de los dispositivos clínicos actuando en colaboración con los usuarios, sus familias y la comunidad toda, tanto desde las estructuras formales que sustentan esta relación, como desde una perspectiva relacional e informal.

En el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO) se han desarrollado en la última década múltiples esfuerzos por articular esta Red, contando con Redes de Alcohol y Drogas, de Organizaciones Sociales Comunitarias, de Maltrato Infantil, de Dispositivos Residenciales, entre otras, pero manteniéndose muchas veces una división artificial y difícil de sortear entre los dispositivos clínicos y la Comunidad. En muchas oportunidades la dificultad principal es el poco conocimiento de las instancias existentes, de las personas que componemos nuestra Red y de las múltiples “buenas prácticas” que inundan nuestra Red sin ser completamente visibilizadas por la comunidad en su conjunto. Es necesario potenciar la red de contactos “no-formales”, desarrollar una identidad de red y generar espacios que permitan co-construir de un modo colaborativo nuestra Red de Salud Mental.

La experiencia que acá presentamos consistió en la creación de un Encuentro abierto a la Red completa, comprendiendo que todos quienes participamos de la Salud Mental de nuestra comunidad la componemos. Se desarrolló al interior del SSMSO, convocando a todos los equipos clínicos de la

Red, de APS, nivel secundario y dispositivos de nivel terciario, así como a las organizaciones sociales, asociaciones de usuarios, familiares y amigos, y grupos culturales. El diseño de este encuentro fue gestión de una Comisión Organizadora, que está conformada por miembros de todos los estamentos, actuando coordinadamente y en conjunto. La presentación realizada en la Jornada Chilena de Salud Mental Comunitaria se basó en aspectos de la construcción de este encuentro, pues fue previa a que éste se llevara a cabo; sin embargo, en este texto describimos aspectos del encuentro en sí, y los desafíos a futuro que se desprenden de esta instancia.

Antecedentes, Objetivo y Descripción del Encuentro de la Red de Salud Mental SSMSO

El SSMSO es uno de los servicios de salud con mayor población de nuestro país. Está compuesto por 7 comunas, a saber: La Florida, La Granja, La Pintana, San José de Maipo, San Ramón, Pirque y Puente Alto. Posee una población asignada de 1.581.758, con una población inscrita en APS de 1.110.988 (García-Huidobro, 2013). Dada la extensión del SSMSO, lograr una adecuada coordinación en red es un enorme desafío. En este sentido, el principal objetivo es generar una instancia de encuentro y re-conocimiento de quienes componemos la Red de Salud Mental del SSMSO. Para ello se constituyó una comisión abierta para el desarrollo y planificación de esta iniciativa. Este encuentro, que se desarrolló el 7 de noviembre de 2014, contó con un espacio de motivación, otro de reflexión, para finalmente contar con un espacio donde todos los dispositivos fueron invitados a dar a conocer su qué hacer.

La primera acción consistió en convocar a diferentes representantes de los dispositivos comunitarios a integrarse a una comisión que reflexionara sobre la necesidad de una jornada que contribuyera a construir una identidad de red. En dicha instancia se definió que la mejor manera de resolver esa pregunta era generar una encuesta masiva enviada a los integrantes de la red, buscando la mayor representatividad posible. Se diseñó un instrumento, evaluando además qué metodología era elegida por quienes opinaran, y qué temas eran relevantes para reflexionar en conjunto. Se envió esta encuesta por medios electrónicos (correo electrónico) y papel. Se reunieron cerca de 300 respuestas, que nos permitieron dar forma al encuentro, tomando en consideración las preferencias de quienes respondieron. A partir del análisis de estos datos se iniciaron reuniones semanales de la comisión, abierta a todos quienes progresivamente se fueron interesando en esta iniciativa, llegando a contar con 40 miembros activos, articulando a más de 38 agrupaciones y dispositivos clínicos, teniendo como articuladores principales a los COSAM de cada comuna.

Con el apoyo de la dirección del SSMSO, se inició una gestión de más de 3 meses, que fue guiada por la comisión, pero que incluyó un enorme esfuerzo por parte de diferentes dispositivos de la Red. Uno de los puntos clave fue favorecer la generación de una identidad común de red, para lo cual se creó una comisión de contenidos, que desarrolló el texto de las diferentes instancias que se generaron durante el día. Se buscó “crear un símbolo de nuestra red”, que se plasmó en un “manto”. Se definió un Encuentro dividido en 3 partes:

1. Exposición de personajes claves para la Salud Mental Comunitaria: Se buscó el contar con charlas que motivaran a los asistentes a reflexionar sobre el Modelo Comunitario, su vigencia y su aplicación en el SSMSO. Contamos con charlas a cargo de los Drs. Benedetto Saraceno, Manuel Desviat, Rafael Sepúlveda, Cecilia Vera y Guillermo de la Parra, así como don Víctor Arroyo, representante social con una vasta trayectoria en el trabajo en Salud Mental desde la Comunidad. Todos ellos generaron

reflexión y dieron pie al segundo momento de este Encuentro.

2. Mesas Temáticas: En relación a los temas relevantes a tratar para la Red, recogidos en la encuesta inicial, se definieron los 10 temas a ser abordados en las mesas de trabajo. Dado el alto número de inscritos iniciales, se definió que existieran 40 mesas de trabajo, 4 para cada tema. Se trabajó con el equipo de metodología y contenido en definir las pautas de guía para cada mesa, tanto para el moderador como para un observador externo encargado de recoger los contenidos emergentes de cada mesa. Este material será trabajado según discutiremos más adelante.

3. Feria de la Salud Mental: Se invitó a todas las comunas, articuladas a través de los COSAM respectivos, a formar parte de una feria de los diferentes dispositivos, tanto estructurales del SSMSO como organizaciones sociales y de la comunidad. Este espacio permitió fortalecer la red “no-formal” de personas que trabajan y se relacionan con la salud mental de las comunas que componen el SSMSO.

Resultados y logros obtenidos

El Encuentro tuvo lugar el viernes 7 de noviembre. Contó con una asistencia masiva, llegando a las 900 personas. Participaron además autoridades locales, representantes de organismos internacionales como OPS, y miembros de la Comunidad. Sin embargo, los logros que recogemos se visualizaron mucho antes de que el Encuentro se materializara: la sola generación de una Comisión para la Organización es en sí mismo un gran logro, pues genera un impacto directo en la capacidad de relacionar a personas diversas, cumpliendo funciones diferentes, pero con un mismo objetivo en común.

Así mismo, el levantamiento de los datos que reflejan el interés y la opinión de cerca de 300 personas de diversos estamentos y organizaciones de nuestra comunidad se relaciona con algo que se confirma en la masiva participación que tuvo el encuentro: existe un cambio en la percepción y el protagonismo que la comunidad está dispuesta a tener en relación a su salud y participación social.

Finalmente, el potenciarlos canales de comunicación “no-formales” (potenciando el uso de tecnologías como canal válido de comunicación) y el conocimiento mutuo entre diferentes actores de la Red de Salud Mental del SSMSO puede ser considerado como un punto donde el encuentro contribuye, sin dar por acabado este asunto, sino más bien invitando a todos los involucrados a una reflexión sobre la manera de hacer las cosas, de un modo complementario a los canales establecidos por las estructuras formales que cobijan nuestro actuar en salud mental.

Análisis inicial de la experiencia

En Chile, la participación social ha pasado por diversas etapas, y bajo el análisis de algunos autores el desafío es que la participación social pase de “ser un mecanismo de control social a ser una instancia que permita la inclusión, la autonomía y el debate, de forma tal que las ideas y propuestas de la ciudadanía puedan trascender en mejores políticas públicas de salud”. (Méndez C. y Vanegas J., 2010, pág. 147). En ese sentido, la construcción de este Encuentro, así como la definición de la metodología para su realización, los 10 temas a ser tratados en mesas temáticas e incluso la metodología de análisis que se está planteando para la información recogida, surge de un proceso colaborativo, inclusivo y abierto, desde la comunidad para la comunidad. Este proceso de análisis, al

momento de este escrito está en pleno desarrollo.

Creemos además que es una instancia replicable, que puede ser llevada a diferentes escalas (barrio, sector, comuna, servicio de salud), y que puede ser ampliamente perfectible en su metodología. Dado que los recursos empleados provienen de la propia comunidad, y la intensidad y necesidad de generar estos espacios de co-construcción para nuestra red de salud mental, esta experiencia debiese ser sostenible en el tiempo. Además, es un desafío el poder transformar el rol de la Comisión desde organizadora de un evento puntual, a ser un espacio sostenible en el tiempo, de auto-determinación de la propia Red. Por otra parte, es sin lugar a dudas una experiencia integradora de los usuarios, donde se releva su propio proceso de autonomía y participación, no como pacientes, sino como sujetos miembros de una comunidad de amplio espectro y verdaderos protagonistas de sus procesos de salud.

Conclusiones y Desafíos

La existencia de espacios de encuentro y co-construcción de una Red de Salud Mental en realidad son parte de la trama social de cualquier comunidad. Existen canales y mecanismos de comunicación dados por defecto, provenientes de la estructura sanitaria y social de cada comunidad. Pero también los hay “no-formales”, que se construyen en el día a día, en el cara a cara, y que permiten potenciar el trabajo en red, construir identidad y pertenencia, y poder generar soluciones colaborativas a problemas que todos compartimos, como lo es hoy alcanzar un estado de Salud Mental. Creemos que instancias como el encuentro descrito en este texto pueden ser una herramienta potente de complemento a los canales tradicionales de comunicación dentro de una Red, que es lo que finalmente la constituye: las personas que en ella se desenvuelven.

Lograr que nuestro país cuente con una mejor Salud Mental para todos y todas debe ser una tarea común, en que miembros de la comunidad, profesionales y agentes sanitarios, usuarios y familiares tengan un rol activo, colaborativo, y de co-construcción. Un encuentro de la naturaleza del que se desarrolló en el SSMSO es un fiel reflejo de cómo el trabajo colaborativo es capaz de construir nuevas realidades, influyendo positivamente en cómo las personas que componemos un espacio común, como es una Red de Salud, nos relacionamos. Encontrarse es, en resumen, sólo el primer paso.

Referencias Bibliográficas:

Ministerio de Salud, 2000. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.

En: www.minsal.gob.cl. [Acceso 23 de Mayo de 2014].

García-Huidobro, Ignacio. Cuenta Pública Complejo Asistencial Sótero del Río 2013.

En: www.hospitalsooterodelrio.cl [Acceso 13 de Noviembre de 2014].

Méndez CA, Vanegas López JJ. La participación social en salud: el desafío de Chile.

Rev Panam Salud Publica. 2010;27(2):144–8.

Miembros de la Comisión Organizadora:

Evelyn Reyes L. Presidenta de la Agrupación Nacional de Usuarios, Familiares, Amigos de Salud Mental ANUFASAM, Puente Alto; Francisco Asenjo G. Psicólogo, Centro de Salud Mental COSAM La Pintana; Macarena Mayol V. Psicóloga, Encargada Programa de Salud Infantil y Chile Crece Contigo, SSMSO; Pablo Gorrini M. Psicólogo, COSAM San José de

Maipo; Cristián Anuch J. Psiquiatra, Hospital de día “Cardenal Raúl Silva Henríquez”. CASR, SSMSO; Nicolás Rodríguez D. Psiquiatra, Hospital de Día, Hospital Clínico Metropolitano La Florida; Mónica Elgueta R. Psicóloga, Servicio de Psiquiatría y Salud Mental Hospital Clínico La Florida; Cristian Silva V. Psicólogo, Hospital de día y Hogar protegido para patología dual VILLA SOLIDARIA ALSINO, La Florida; Julián Palma S. Psicólogo, COSAM CEIF, Puente Alto; Alejandro Riquelme, COSAM Puente Alto; Alvaro Aravena, COSAM San Ramón; Ana M. Villarino, SSMSO, Depto. Gestión de Redes; Ana Valdés, SSMSO, Depto. Gestión de Redes; Carla Ávila, Coordinadora Salud Mental, Corp. Municipal de Puente Alto; Carolina Chea, HDD, CASR; Cristian Costa, U. DE Psiquiatría HPH; David Aceituno, HDD, CASR; Erica Fuentealba, OS Clarita de Larminat (La Granja); Jaime Palominos, CEDIUPA; Jean Paul Fromin, COSAM Pirque; Macarena Mejía, UHCEA-2, CASR; Marcela Campusano, CESFAM Juan Pablo II (La Pintana); María José Silva, COSAM- CEIF P.ALTO; Matías Correa, UHCEA-1, CASR; Paulina Gaete , Clarita de Larminat (La Granja); Rocío Lora, CASR, Servicio de Psiquiatría; Rodrigo Aguirre, Pontificia Universidad Católica; Víctor Arroyo, Clarita de Larminat (La Granja); Ximena Fuentes, Servicio de Psiquiatría y Salud Mental Hospital Clínico La Florida; e innumerables colaboradores pertenecientes a las Organizaciones Sociales, Agrupaciones de Usuarios y Familiares, Equipos Clínicos, y miembros de la Red de Salud Mental del SSMSO.



Realización del Encuentro, 7 de Noviembre de 2014



Construcción del símbolo

Trabajo N° 3

Trabajo Comunitario en CESAM Lo Espejo

Autoras: Érica Leal G.¹, Sandra Fuentes T.¹,

1 CESAM Lo Espejo y comunidad, Comuna de Lo Espejo, Región Metropolitana.

Problema que motivó el desarrollo de la experiencia

Desde que el Centro se instala en la comuna de Lo Espejo, en el año 2010, no se había realizado una actividad de inserción y sensibilización de la temática de la Salud Mental dirigido a la comunidad espejina, en particular a dirigentes sociales. Sí se habían realizado grupos de discusión y reflexión al interior del centro, años anteriores, que buscaban mejorar las condiciones de atención de los usuarios y sus familias y no tenían como objetivo contar con un diagnóstico de la situación de la Salud Mental en la comuna, por lo que el equipo se propuso realizar un Diagnóstico Participativo.

Contexto donde se desarrolló la experiencia

La Red de Salud de la comuna da atención a una población Inscrita validada por FONASA de 88.064 personas en el año 2014, con 4 CESFAM distribuidos en todo el territorio. El Centro de Especialidad en Salud Mental (CESAM) Lo Espejo, se crea en el año 2010, para atender patologías psiquiátricas moderadas y severas, con una intervención especializada. La comuna de Lo Espejo se caracteriza por tener variedad de organizaciones sociales formales e informales, que en el caso de los Centro de Madres, las Juntas de Vecinos, los Clubes de Adulto Mayor y los Comités de Desarrollo Local (C.D.L.) son aglutinados por organizaciones de segundo grado como los son la Unión Comunal. Los Comités de Desarrollo Local, en particular, son las organizaciones que se vinculan directamente con los dispositivos de salud en la comuna, velando que se aplique y evaluando sobre la marcha el Modelo de Atención Familiar de Salud Pública. Esta organización social también aporta en garantizar la transparencia en el proceso de recoger y dar respuesta a los reclamos que los usuarios del sistema de salud realizan.

Objetivo de las acciones realizadas

- Realizar alianzas estratégicas con agentes sociales, sensibilizados con la temática de Salud Mental Comunitaria para diseñar en conjunto acciones tendientes a la promoción y prevención de trastornos mentales en la comuna de Lo Espejo.

- Desarrollar un Diagnóstico Participativo que aporte en la identificación de las necesidades sentidas y oriente el diseño de estrategias de intervención al corto plazo, para que en conjunto con los agentes sociales establecer un Plan de Acción a nivel comunal en el mediano plazo.

Descripción de las acciones realizadas

En enero de 2014, se diseña un Modelo de Diagnóstico Participativo usando la metodología de Focus Group, consistente en una serie de 4 sesiones de 4 horas de trabajo grupal, con representantes de diferentes organizaciones, grupos y/o programas a nivel comunal. Sobre la base de trabajos realizados anteriormente con grupos de discusión en torno a la Salud Mental (formados por usuarios y familiares) en el CESAM Lo Espejo, se dispuso abrir la convocatoria esta vez a toda la comunidad donde se encuentra inserto el centro. Se contactó a un grupo de mujeres monitoras en prevención de violencia intrafamiliar, capacitadas por el Centro de la Mujer SERNAM, y a un grupo de personas que practican Terapias Alternativas como Reiki, Flores de Bach, Reflexología, etc., y se les invitó a participar, de manera voluntaria, en esta experiencia. Actualmente estas personas se encuentran participando del programa de formación de “Agentes Comunitarios en Salud Mental” en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Esta capacitación culminará en el mes de noviembre y se realizará una Ceremonia de Certificación en el mes de diciembre de 2014. En conjunto con los agentes comunitarios en salud mental se han desarrollado a lo largo del año diferentes actividades orientadas a visibilizar la temática y el Centro de Salud Mental Comunitaria: Ferias y Plazas Ciudadanas, Taller de Danzas, Etc.

Logros obtenidos

La comunidad, a través de sus dirigentes, está lentamente visualizando problemáticas en salud mental que están presentes en sus territorios.

Se logra:

- Realizar un primer Diagnostico Participativo.
- Realizar Planificación Participativa Anual de actividades en SM Comunitaria.
- Fortalecer a actores claves como Monitores o Agentes Comunitarios en S.M. para la continuidad de un trabajo a nivel territorial de SM Comunitaria,
- Establecer una relación de horizontalidad entre el equipo y los dirigentes sociales permitiendo un diálogo de saberes que propicia el enriquecimiento mutuo.
- Incorporar la riqueza de la Perspectiva Holística y otras Cosmovisiones Ancestrales al análisis de los problemas mentales con el aporte de las Terapias Complementarias.
- Reconocer la validación que la comunidad realiza de las Terapias Complementarias vinculadas a Salud Mental Comunitaria.
- Realizar actividades en conjunto con los agentes comunitarios en salud mental tales como: Día de la Mujer, Celebración de Fiestas Patrias y Taller de Danzas Sagradas Circulares, Navidad y Fin de Año, Día de la Salud Mental.

- Contribuir en la reducción de Estigma de las personas que sufren trastornos mentales, insertos en sus espacios de vida social y comunitaria.

Condiciones o factores facilitadores de las actividades

- La inserción del centro en el territorio permite un conocimiento más acabado de las organizaciones de la comuna.
- La existencia de un Mapa de Recursos a nivel comunitario muy amplio y sectorizado por territorios, conocido por el equipo, que permitió detectar los agentes sociales relevantes.
- El vínculo establecido entre equipo CESAM y comunidad.
- La utilización del espacio físico dentro del CESAM por organizaciones sociales comunitarias permite una comunicación fluida con la comunidad.
- Existe la voluntad política de propiciar el desarrollo del enfoque de Salud Mental Comunitaria, tanto a nivel comunal como del Servicio de Salud Metropolitano Sur.
- Compromiso de Equipo CESAM en participar de esta instancia.

Condiciones o factores obstaculizadores de las actividades

- La sobre intervención de los dirigentes de la comuna por parte los dispositivos municipales y de salud que se tradujo en la imposibilidad de algunos dirigentes de participar en el proceso.
- La descoordinación a nivel de Salud Comunal para establecer un Programa de Trabajo Comunitario en conjunto.
- El escaso apoyo y consideración desde programa de salud general comunal de APS hacia programa de salud mental (CESAM y APS).
- Recursos económicos insuficientes para la ejecución de un mayor número de actividades comunitarias en salud mental. Cabe destacar que toda esta experiencia fue autogestionada por equipo CESAM.

Análisis de la experiencia

a) Innovación

- La incorporación de organizaciones sociales comunitarias no vinculadas directamente al Centro de Salud Mental Comunitaria.
- Inclusión de Terapias Complementarias en reflexión de problemáticas de Salud Mental visualizado desde una perspectiva preventiva.
- Complementar atención en CESAM de usuarios y familia con Terapias Reiki, como complemento a tratamiento clínico.

- Atención de manera voluntaria (agentes comunitarios) a personas de la comunidad con Reiki en CESAM.

- Búsqueda de diseñar política pública a nivel local acerca de Salud Mental comunitaria en conjunto con la comunidad organizada y capacitada para tales efectos.

b) Factibilidad

La experiencia se desarrolla sin la necesidad de reorientar recursos o gestionarlos fuera, se trabajó con los recursos existentes de manera autogestionada.

c) Sostenibilidad

La etapa diagnóstica fue autogestionada y se realizó sin recursos económicos adicionales, por lo que cuando se realice el plan comunal de salud mental comunitaria será necesario la inyección de recursos materiales y no materiales para su ejecución.

d) Transferibilidad

Debe asegurarse que los agentes comunitarios formados tanto en CESAM como en la Universidad de Chile, repliquen la experiencia de formación de agentes comunitarios en salud mental en la comuna de Lo Espejo, con apoyo de CESAM.

e) Impactos positivos en los usuarios

Se ha visualizado un impacto en la participación de la comunidad en las diferentes actividades organizadas en CESAM. En los territorios, el trabajo de los agentes comunitarios de salud mental ya está haciendo su aporte en la visualización de problemáticas.

f) Reconocimiento externo y de la comunidad

A través de las actividades masivas realizadas en conjunto con los agentes comunitarios, se comienza a visibilizar la importancia de salud mental comunitaria como una instancia de compromiso social por parte de los dispositivos de salud, autoridades y comunidad.

CESAM Lo Espejo. erica.lealgordillo@gmail.com.

Trabajo N° 4

Ventajas de la Consultoría Psiquiátrica en la Derivación a CESAM Lo Espejo

Autores: Daniela Fernández N. y colaboradores de CESAM Lo Espejo.

Introducción:

Las patologías de salud mental están adquiriendo cada vez más relevancia en el mundo. La mayor parte del trabajo con estos pacientes, la llevan a cabo por lo general profesionales que carecen de preparación especializada en psiquiatría.

Parece por lo tanto importante que una proporción significativa del tiempo y las energías de los especialistas en salud mental se dirija a mejorar las acciones de estos profesionales asistenciales en lo referente a la salud y a los trastornos mentales, además de mejorar la pertinencia de las derivaciones al nivel secundario.

El Plan Nacional de Salud Mental del año 2000, relata la necesidad de aumentar y mantener la capacidad resolutoria del nivel primario, y evitar la sobrecarga del nivel secundario. Propone para este fin la consultoría, como la actividad conjunta e interactiva entre el nivel primario y secundario, en forma de reuniones clínico – técnicas y atención conjunta de pacientes .

Existen diversos estudios en la literatura que intentan demostrar la efectividad de la consultoría psiquiátrica en la práctica general. Sin embargo, su generalización es cuestionable y la práctica de la consultoría psiquiátrica varía de centro a centro; su generalización depende de cómo se practica y se define la consultoría y de su relación con los sistemas de cuidados de salud.

Por ello es necesario realizar mediciones locales para establecer si esta estrategia representa una ventaja al momento de articular el nivel primario con el secundario, como lo establece el Plan Nacional de Salud Mental.

El nivel secundario de la comuna de Lo Espejo, está dado por un Centro Especializado de Salud Mental (CESAM), el cual atiende a los pacientes derivados de los cuatro centros de atención primaria de la comuna. Hasta marzo de 2012, la vía de ingreso a este centro desde la atención primaria era mediante interconsulta habitual, interconsulta en contexto de consultoría, e interconsulta GES, las

cuales cumplen la rapidez que la ley mandata. Hasta esa fecha el mayor número de derivaciones se efectuaba mediante interconsulta habitual. Desde abril de 2012, la vía de ingreso desde atención primaria a CESAM se modifica, estableciéndose que los ingresos deben realizarse en interconsulta en contexto de consultoría, dejando el ingreso por interconsulta de papel para escasas excepciones.

Objetivo:

El objetivo de este trabajo es constatar las ventajas de la consultoría psiquiátrica como método de ingreso al CESAM de Lo Espejo.

Métodos:

Con el fin de realizar una evaluación profunda sobre la consultoría-enlace en la comuna de Lo Espejo, se utilizaron dos metodologías.

En la primera, se elaboró un cuestionario para observar las percepciones de los profesionales involucrados en la actividad, tanto consultores como consultantes. En él, se nombraban diferentes esferas y objetivos de la consultoría de enlace; los profesionales debían calificar si estos objetivos eran cumplidos, otorgando una nota del 1 al 10, debiendo calificar con nota 1 si el objetivo no se cumplía en absoluto, y 10 si el objetivo era completamente logrado. Al final de la encuesta se agregó una pregunta, que los profesionales debían responder libremente: "Según usted ¿para qué sirve la consultoría?".

En la segunda, se realizó una caracterización del comportamiento de los usuarios derivados por consultoría. Para ello, se realizó una revisión de fichas de todos los pacientes adultos ingresados entre abril y septiembre de 2012, desde los centros de atención primaria. Se consignó sexo, edad, tiempo de latencia, número de prestaciones, número de "no se presentó" (NSP), y número de rescates en los primeros 6 meses de tratamiento. Se definió tiempo de latencia como el periodo comprendido entre la emisión de la interconsulta, ya sea en consultoría o no, y la primera atención en las dependencias de CESAM. Se calculó la adherencia, definido como el porcentaje de citas asistidas, respecto del total de citaciones otorgadas.

Se usó como grupo de comparación, los ingresos en el mismo período de 2013, desde la atención primaria. Se excluyeron los pacientes derivados a programa ambulatorio intensivo contra el uso de drogas, por tratarse de un modelo distinto de ingreso e intervención.

Resultados:

El cuestionario elaborado se aplicó en 15 profesionales, 8 profesionales consultantes y en 5 profesionales consultores. Los resultados se muestran en la siguiente tabla :

Objetivo	Max	Min	Prom.	Med.	DS
Fortalecer calidad en servicios entregados en red de salud mental	8	5	7,44	8	0,82
Aumento del nivel de resolutividad de equipos de APS	9	3	7,68	8	1,45
Aumento de la discriminación de la gravedad de los casos.	10	5	7,63	8	1,5
Facilitar y mejorar sistemas de referencia y contra-referencia	9	5	7,56	8	1,56
Realizar derivación con protección de vínculo terapéutico.	9	6	7,63	8	0,89
Disminución de la carga asistencial del nivel secundario.	10	6	8,06	8	1,34
Fortalecimiento del trabajo en EQUIPO dentro de la APS.	10	3	7,63	8	1,78
Disminución de inseguridad, temores y fatiga a la hora de atender (espacio de contención al terapeuta).	10	4	7,5	8	1,55
En suma, ¿qué nota del 1 al 10 le pone al trabajo en consultoría?	9	5	7,75	8	1,06

Ante la pregunta “Según usted ¿para qué sirve la consultoría?”, las respuestas se agruparon en seis categorías: aumento de la resolutividad, instancia de capacitación, mejoramiento de redes asistenciales, discusión de casos, acceso al especialista y manejo de medicamentos. La siguiente tabla muestra cuántos encuestados espontáneamente relataron alguna de estas categorías, existiendo algunos que dejaron la pregunta en blanco y otros que nombraron más de una categoría:

condición	Numero de menciones
Aumento de resolutividad	3
Instancia de capacitación	6
Mejoramiento de redes asistenciales	6
Discusión de casos	3
Acceso a al especialista	3
Manejo de medicamentos	2

Al revisar las fichas de los usuarios ingresados a CESAM entre abril y septiembre de 2011 y 2012 desde la atención primaria, se constata que en ambos períodos hubo la misma cantidad de ingresos, sin registrarse una diferencia por el cambio en el protocolo para el ingreso. La totalidad de pacientes ingresados desde abril a septiembre de 2012 es de 47 personas, 7 hombres y 40 mujeres, siendo el promedio de edad 40,87 años. Durante el mismo período de 2011 la distribución por sexo fue de 33 mujeres y 14 hombres, siendo el promedio de edad de 41,74 años.

En el periodo estudiado del año 2012, la mayoría de pacientes tuvo un tiempo de latencia de su atención de menos de 15 días, diferente al año 2011, en que la latencia fue mayoritariamente entre 15 a 30 días, existiendo un número importante de pacientes que debieron esperar más de un mes (gráfico 1).

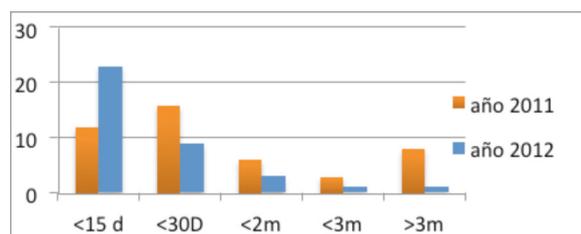


Gráfico 1: Tiempos de espera

Con respecto a la adherencia, los pacientes derivados por medio de consultoría mostraron mejor adherencia que aquellos derivados por interconsulta de papel (gráfico 2).

Al comparar los pacientes ingresados por vía consultorías con los ingresados por vía interconsulta GES, se constata que aquellos ingresados por esta última vía, reciben menos prestaciones, especialmente la que se efectúan por profesionales no médicos (gráfico 3):

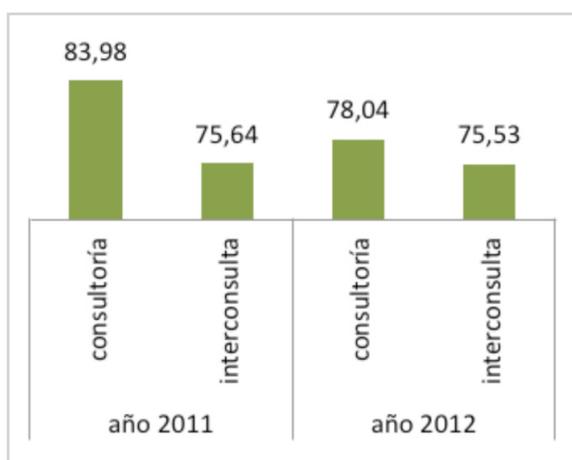


Gráfico 2: Promedio de adherencia.

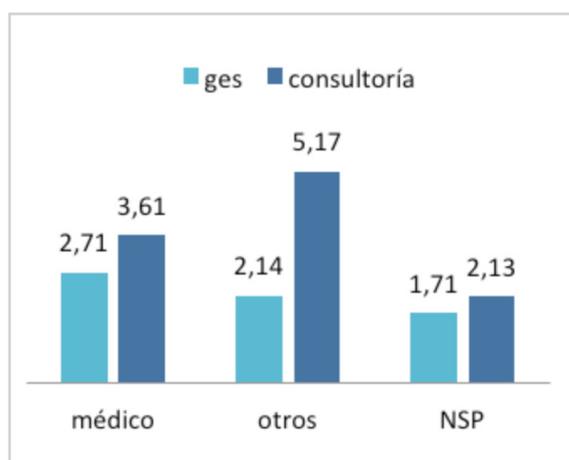


Gráfico 3: Promedio de prestaciones durante 6 meses, año 2012.

Discusión:

En términos generales, la consultoría es satisfactoriamente evaluada por los profesionales que participan en ella. Esto es concordante con otro estudio chileno realizado en el Servicio Metropolitano Oriente que mostró: 78,6% de satisfacción por parte de los consultores en relación al fortalecimiento de los servicios entregados; en un 84,29% se contribuía a mejorar el nivel de resolutivez de equipos de APS en problemas de salud mental más prevalentes; en 80% a facilitar y mejorar sistema de referencia y contra-referencia de pacientes psiquiátricos atendidos. Este hecho también es reproducido en estudios internacionales, donde el consultante presenta una satisfacción de más de un 90%. Aunque no fue medido en el presente estudio, a nivel internacional, la consultoría psiquiátrica también tiene una alta satisfacción por parte los usuarios y familiares que son atendidos en esta instancia.

Cabe destacar que en el presente estudio no se observaron diferencias significativas de satisfacción entre los diferentes objetivos de la consultoría, lo que podría explicarse por desconocimiento de estos, y así su falta de auto monitorización plasmada en la encuesta realizada. Aunque en este estudio el nivel de satisfacción de los encuestados se observa como alto, es necesario observar de forma más precisa las falencias de esta actividad para mejorar el flujo de derivaciones, pertinencias de éstas y capacitación de los equipos de atención primaria.

Al revisar los ingresos realizados en ambos periodos se constata que son iguales en cantidad en ambos períodos. De ello, se puede deducir que la carga del nivel secundario no está siendo disminuida por interconsulta en contexto de consultoría. La ventaja en este sentido sería entonces que se pudiese presumir una mayor pertinencia de los casos derivados, ya que los equipos de atención primaria deben discutir y priorizar en conjunto los casos a presentar en consultoría.

La diferencia en el modo de ingreso al nivel secundario, sí tiene una repercusión importante en el tiempo en que se decide la derivación, hasta que el paciente tiene su primera consulta en el nivel secundario. Este hecho es un referente relevante e importante de calidad. Otro hecho relevante, que se asocia al anterior, es que cuando los pacientes tienen su primera consulta en CESAM, ya son conocidos por el equipo, existiendo un bosquejo de cuál será el plan de intervención, objetivos de la derivación y contacto directo con la atención primaria para apoyo de las intervenciones.

Durante la evaluación se observaron diferencias significativas de adherencia de los pacientes entre ambos modos de ingreso. Sin embargo, la adherencia es alta, estando siempre entre un 70-80%, lo que es difícil de mejorar aún más. Los valores de esta adherencia probablemente se deben a que CESAM se encuentra localizado dentro de la comunidad, accesible tanto en locomoción como a pie.

En este estudio también se observó que los pacientes GES recibían menos prestaciones en promedio, debido a menores prestaciones por profesionales no médicos. Los casos de estos pacientes, que ingresan por vía directa al psiquiatra por interconsulta no son evaluados en una primera instancia por psicólogo y trabajador social. Obtienen la prestación por psiquiatra, pudiendo ausentarse las otras prestaciones, lo que provoca un desconocimiento del caso por varios integrantes del equipo, lo que en conjunto podría explicar la disminución de prestaciones a este tipo de pacientes.

En conclusión, la consultoría mejora considerablemente índices de calidad, como disminución en tiempos de espera e intervenciones transdisciplinarias. Lo que se relaciona con un alto nivel de satisfacción de los profesionales que participan en ella.

Aún queda por dilucidar con mayor precisión el nivel de pertinencia de las derivaciones, y observar el nivel de contra-referencia hacia la atención primaria para evaluar la articulación de la red, y así mejorar el nivel de resolución de los diferentes niveles de atención. Es de importancia recalcar que este tipo de intervenciones pueden darse por disponibilidad de horas de psiquiatra, en conjunto con equipos motivados.

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. MINSAL, Santiago de Chile, 2000.
2. Acuña Julia, Roizblatt Arturo, Fullerton Claudio, Botto Alberto. Experiencia Docente en Interconsulta

psiquiátrica en Atención Primaria de Salud para residentes. Educ. méd. [revista en la Internet]. 2007 Mar; 10(1): 37-43.

3. Kisely S, Campbell LA. Taking consultation-liaison psychiatry into primary care. *Int J Psychiatry Med.* 2007;37(4):383-91.
4. Younès N, Passerieux C, Hardy-Bayle MC, Falissard B, Gasquet I. Long term GP opinions and involvement after a consultation-liaison intervention for mental health problems. *BMC FamPract.* 2008 Jul 2;9:41.
5. Bauer AM, Fielke K, Brayley J, Araya M, Alem A, Frankel BL, Fricchione GL. Tackling the global mental health challenge: a psychosomatic medicine/consultation-liaison psychiatry perspective. *Psychosomatics.* 2010 May-Jun;51(3):185-93.

Trabajo N° 5

Centro de Salud Mental de Barrio, CESAMBA

Autoras: Alejandro Molina C.¹, Rosa Caqueo H.², Sandra Carreño A.³

1 Médico salud mental; CESFAM La Granja

2 Asistente social; CESFAM La Granja

3 Trabajadora social; CESFAM La Granja

1. Objetivo:

El objetivo de CESAMBA es favorecer el desarrollo de un enfoque comunitario de la salud mental a través de constituirse en una plataforma que le permita a los equipos de salud mental y a usuarios de la atención primaria la construcción colectiva de espacios y dinámicas orientados al bienestar general, con foco en la salud mental, favoreciendo e incentivando la formación de sujetos colectivos con autonomía progresiva.

2. Fundamentos:

La salud mental se encuentra en crisis, en especial en atención primaria. Usuarios que son clasificados dentro de patologías psiquiátricas prevalentes como trastornos del ánimo, trastornos ansiosos, déficit atencional e hiperactividad están siendo abordados de manera lineal, centrando el tratamiento en lo farmacológico y en intervenciones psicoterapéuticas aisladas, contribuyendo poco a la comprensión de las raíces contextuales y sistémicas, que desde nuestra perspectiva son centrales en el problema.

Se hace habitual encontrar a los equipos de salud mental de atención primaria fragmentados y con altos niveles de frustración, en relación a usuarios disconformes con la atención, que sienten que no son escuchados ni mirados.

Desde la última reforma de salud en Chile, hemos visto un giro hacia un enfoque bio-psico-social, familiar y comunitario, pero este cambio ha sido principalmente en el discurso, en el trabajo diario ha sido difícil palparlo. Las prácticas cotidianas a veces son más rígidas incluso que las estructuras institucionales y los equipos de salud mental siguen trabajando lineal y parceladamente.

Se hace necesario y urgente buscar, desde las bases, nuevas estrategias que nos permitan abordar eso que gira en torno a la salud mental integrando la naturaleza contextual y sistémica del problema, legitimando y potenciando el "rol terapéutico" de cada miembro de la comunidad para el bienestar de esta misma y vice versa.

3. Metodología:

Si bien nuestra metodología de trabajo se ha ido construyendo en el camino, en los inicios de CESAMBA ocupamos elementos de la investigación acción participativa.

En 2012 la primera etapa tuvo que ver con introducir preguntas en el equipo de salud mental en torno al enfoque comunitario y lograr mantener una reunión semanal para trabajar este tema. Luego se organizaron las primeras jornadas entre el equipo de salud mental y la comunidad para intentar hacer una construcción colectiva de una estrategia para abordar lo relacionado con la salud mental de la comunidad. A partir de esas jornadas surge el nombre que nos identifica: CESAMBA, que significa Centro de Salud Mental de Barrio.

Actualmente CESAMBA funciona como un grupo de trabajo abierto, el cual se reúne cada quince días a pensar y trabajar estrategias de abordaje colectivo de la salud mental.

5. Resultados:

Dentro de las actividades que se han ido realizando desde estos espacios se encuentran talleres como música por señas para niños derivados por déficit atencional, diseño ecológico para niños, artesanía para el adulto mayor, taller de memoria, trabajo corporal con técnicas del método de integración cognitivo corporal (MICC). En conjunto con el grupo Árbol de la Vida, compuesto por miembros de la comunidad pertenecientes al CESAMBA, se abrió un espacio para medicina complementaria donde se ofrece flores de Bach, reiki, acupuntura, aurículo terapia y yerbas medicinales. También hemos levantado hasta la fecha 12 ferias de salud mental CESAMBA, donde hemos fortalecido de manera importante las redes con distintas organizaciones sociales e instituciones, además de ser un espacio donde los talleres y grupos de autoayuda comparten su trabajo, dan testimonio de trabajo en comunidad y hacen propio el espacio donde es posible la re-significación.

CESAMBA nos ha permitido contar con una estructura abierta, que articula al equipo de salud mental y a la comunidad en un trabajo conjunto que trasciende el trabajo individual, parcelado, sectorizado, permitiendo y favoreciendo lo colectivo, horizontal y transdisciplinario. Además trata de enfrentar la escasez como una posibilidad para la creatividad.

Los usuarios refieren en las evaluaciones que los espacios para compartir en grupo son un aporte en sus vidas, se sienten acompañados, escuchados y a la vez logran ver que son un aporte para el resto. Desde el equipo clínico se observa un impacto positivo en la evolución de usuarios con diversos diagnósticos (depresión, trastornos ansiosos, déficit atención, etc.) al usar CESAMBA como apoyo terapéutico. Los grupos y talleres han reforzado su identidad colectiva con impacto en sus integrantes al interactuar con otros grupos en la ferias de salud mental.

Dentro del equipo ha habido un cambio radical en la percepción del trabajo y en el nivel de motivación, ya que al intentar apoyarse en un nuevo paradigma, en donde la realidad es construida colectivamente, nos responsabiliza del mundo que traemos a la mano con el otro y desde ahí nos

obliga a ponernos en juego de una manera más honesta y libre.

6. Desafíos:

Son varios los desafíos, por un lado consolidar CESAMBA como agente comunitario en el territorio que abarcamos, ser un potenciador de las redes locales y generar las condiciones para la emergencia de nuevos sujetos colectivos, con autonomía progresiva.

Por otro lado, está el desafío de seguir acercando al box una visión más sistémica y comunitaria de la clínica, como una propuesta que pone a disposición de los agentes de salud la posibilidad de encontrarse con el otro en más dimensiones, ampliando la mirada, desafiando a “los profesionales de la salud mental” a soltar por un rato la mochila de conocimiento, permitirse deformarse para poder acoplarse de mejor manera con el otro. En este sentido se hace fundamental mejorar la difusión con los funcionarios del CESFAM como con la comunidad sobre CESAMBA: qué es, cómo funciona, quiénes participan, así como de las actividades que se realizan.

También el poder sistematizar el trabajo realizado para poder ir comparando los avances y poder hacer que este modelo sea replicable en otras comunidades.

Por último es un desafío no aburrirnos de preguntarnos una y otra vez, recursivamente qué es lo que estamos haciendo y qué sentido tiene hacerlo, manteniendo una visión crítica de nuestro trabajo y de las consecuencias de éste.

Referencias bibliográficas:

1. El Árbol del conocimiento.(1984) H. Maturana, F. Varela
2. Introducción a la psicología comunitaria. (2004) M. Montero
3. Una nueva antipsiquiatría. (2012) C. Pérez LOM Ediciones
4. Orígenes Universales y retos actuales de la IAP, Fals Borda (Publicado en Análisis Político No. 38, septiembre/diciembre de 1999, pp. 71-88.) http://www.dimensioneducativa.org.co/apc-aa-files/e9c8f3ef742c89f634e8bbc63b2dac77/Or_genes_universales_y_retos_actuales_de_la_IAP.doc

Trabajo N° 6

Curso de Deterioro Cognitivo y Demencia en Atención Primaria de Salud: una instancia para cubrir necesidades y cumplir expectativas

Autores: Pablo Flores C.¹, Anakena Ibaceta D.², Juana Silva O.³, Juan Jerez N.³, Patricio Herrera V.³

1 Sociólogo; Instituto Nacional de Geriátría (INGER); Servicio Salud Metropolitano Oriente, Santiago, Chile

2 Estadístico; Instituto Nacional de Geriátría (INGER); Servicio Salud Metropolitano Oriente, Santiago, Chile

3 Médico; Instituto Nacional de Geriátría (INGER); Servicio Salud Metropolitano Oriente, Santiago, Chile

Fundamentos

En los próximos 20 años, la población de adultos mayores (AM) crecerá en Chile a un ritmo de 4% anual. Proyecciones del INE muestran que actualmente existen 2,6 millones de personas mayores de 60 años, representando cerca del 14% de la población total. Este envejecimiento poblacional trae consigo una mayor prevalencia e incidencia de enfermedades de tipo neurodegenerativas que genera incapacidad y dependencia.

La transición demográfica que lleva al envejecimiento de la población está ligada a cambios en el tipo de enfermedades y causas de muerte; entre otras modificaciones, proceso conocido como transición epidemiológica. Chile vive un proceso de envejecimiento poblacional, esto ha significado un cambio epidemiológico importante, del predominio de las enfermedades infecto contagiosas hemos pasado a las no transmisibles.

Dentro de los cambios epidemiológicos asociados al envejecimiento de población podemos observar que en las cifras nacionales sobre causa principal de muerte para personas de 65 años, indican que la demencia y enfermedad de Alzheimer (CIE-10 F01, F03, G30), ocupan el tercer lugar desde el año 2005 al 2010.

Estos cambios generan nuevos desafíos, entre ellos la necesidad de conocimiento en demencia y deterioro cognitivo por parte de los equipos de APS; puerta de entrada en la atención del adulto mayor; es por esta razón que el Instituto Nacional de Geriátría (INGER), en conjunto con el programa del adulto mayor del MINSAL, impartió el “Curso de capacitación básica en trastornos cognitivos y demencias para equipos de APS”, desde septiembre 2013 a marzo 2014.

Al inicio del curso se aplicó un cuestionario a 100 participantes de éste, en donde el 49.2% señala necesitar un enfoque integral en la atención del adulto mayor y conocimiento sobre Demencia y Trastorno Cognitivo.

Desarrollo de la experiencia

La actividad fue dirigida a 418 profesionales de los 80 CESFAM seleccionados por los propios Servicios de Salud para realizar este curso, los cuales pertenecen a los 29 Servicios de Salud del país. Los equipos estaban compuestos por médico, enfermera, terapeuta ocupacional, asistente social, kinesiólogo, dentistas y psicólogos.

Los principales objetivos del curso fueron: incorporar base conceptual respecto del trastorno cognitivo y demencias (TCD), conocer su impacto en la comunidad, conocer principales TCD de la población Adulta Mayor (PAM), adquirir destrezas para identificarlos y tratarlos, conocer intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para abordaje del TCD, entender los trastornos asociados a TCD y su manejo en APS, adquirir destrezas en la formulación y aplicación plan terapéutico enfocado en TCD por equipo interdisciplinario, mejorar pertinencia de la derivación de los adultos mayores a los diferentes niveles de mayor complejidad de la red, entender impacto del TCD en el entorno inmediato y aplicar intervenciones psicosociales.

El curso tiene una duración de 320 horas, se dictó en modalidad online con apoyo de una plataforma web (cursos.ingerchile.cl), en donde se subió material docente obligatorio, además de bibliografía complementaria. Se aplicó una evaluación al finalizar cada módulo y se solicitaron dos trabajos prácticos, uno de demografía y epidemiología, que debió reflejar la realidad del centro de salud a la que pertenece cada equipo, y otro trabajo con caso clínico de un adulto mayor atendido en su consultorio, que presente problemas de TCD, al que se le aplicaran diversos test de screening, trabajo que es presentando por todo el equipo en una actividad presencial, al finalizar el curso. Se aplicó cuestionario al comienzo del curso para detectar necesidades y expectativas respecto de él y al finalizar el curso para evaluar el cumplimiento de los objetivos propuestos y el grado de satisfacción respecto de sus expectativas.

El curso se organizó en tres módulos:

- 1: Conceptos básicos geriátricos para la definición y evaluación diagnóstica del TCD.
- 2: Elementos conceptuales necesarios para aplicar evaluación cognitiva a través de screenings (MMSE, Barthel, Test de Reloj), intervención psicosocial.
- 3: Conocer intervención farmacológica.

Actividad práctica: Se organizaron las actividades presenciales en grupos de 40 estudiantes. Los equipos multidisciplinarios presentan caso clínico de un paciente con deterioro cognitivo, poniendo en práctica todo lo aprendido en el curso. Ellos realizan:

- **Diagnóstico:** aplicación de valoración geriátrica integral (VGI), en sus cuatro dimensiones: biomédico, físico, psíquico y social.
- **Elaboración del plan terapéutico:** cada miembro del equipo multidisciplinario propone las acciones pertinentes en su área profesional, con el fin de retrasar el TCD, siendo esta una instancia de discusión, reflexión e intercambio de ideas y experiencias.
- **Desarrollo del plan terapéutico:** cada miembro del equipo aplica el tratamiento elaborado.

Esta actividad se realizó en ciudades sedes, las cuales fueron: Iquique, La Serena, Santiago, Viña del Mar, Rancagua, Concepción, Temuco, Puerto Montt, Coyhaique y Punta Arenas. Asistieron los relatores del curso, quienes dirigieron el debate y retroalimentaron a los participantes del curso.

Para realizar este curso se requiere:

- Plataforma online y profesional que la administre.
- Tres profesionales expertos en geriatría, deterioro cognitivo y demencias que dicten el curso, preparen programa, material docente, seleccionen material complementario, construyan evaluaciones y asistan a las actividades presenciales.
- Coordinador, que mantenga comunicación permanente con los participantes del curso, responda inquietudes, corrija pruebas y trabajos, elabore y analice cuestionario al inicio y término del curso.

Resultados

Al realizar el análisis de las respuestas del cuestionario aplicado al finalizar el curso, la respuesta de los profesionales evidenció el porcentaje de cumplimiento de cada uno de los ocho objetivos específicos planteados, siendo los con mayor porcentaje:

- Incorporar base conceptual sobre TCD y conocer su impacto en la comunidad, así como entender el impacto del TCD en el entorno inmediato y aplicar intervenciones psicosociales: 96%.
- Entender trastornos asociados a las demencias y manejo en APS, 92%
- Conocer los principales TCD de PAM, para identificarlos y tratarlos, entender las principales demencias que afectan a la población adulta mayor y adquirir destrezas para su detección, 91%

Dentro de los comentarios positivos de este curso destaca: metodología utilizada en el curso, material entregado y uso de TIC (tecnologías de la información y la comunicación), experiencia adquirida en trabajo multidisciplinario y mirada integral hacia el adulto mayor, dejando el enfoque biomédico e intentando un enfoque más holístico en pro de una mejor calidad de vida para el adulto mayor.

Como el curso fue dictado en modalidad online, permitió incorporar a 400 profesionales de todo el país, teniendo siempre una comunicación fluida con ellos.

Se contó con colaboración del MINSAL para generar los canales de comunicación para que los CESFAM de todos los servicios pudieran inscribirse y participar.

Otro factor facilitador para la implementación de este curso es la experiencia en el desarrollo de este tipo de programas, desde el 2003 se dictan cursos de capacitación en geriatría para APS.

Respecto del desarrollo mismo del curso, la batería de test enseñados es de rápida y fácil aplicación, alta sensibilidad y especificidad.

Las dificultades referidas por los alumnos se presentaron al momento de trabajar en el caso clínico por falta de tiempo para realizar reuniones equipo multidisciplinario y también al aplicar VGI, ya que el tiempo requerido para su aplicación es mayor que los rendimientos asignados para la

atención clínica en APS y multiplicidad de acciones a cumplir en los distintos programas.

El tiempo de atención de un AM en la APS es el mismo que para un niño o un adulto. La experiencia indica que los AM requieren más tiempo para desplazarse, sentarse, entender instrucciones, desvestirse para ser auscultado, etc. y hasta el momento la APS no contempla aún esa diferenciación de tiempo.

Un alto porcentaje de los alumnos del curso logran cumplir con los ocho objetivos específicos del curso, por otra parte los participantes del curso logran reconocer la importancia del trabajo multidisciplinario y la mirada integral hacia el adulto mayor dejando el enfoque biomédico.

A su vez el logro del cumplimiento de los objetivos planteados y todo lo aprendido en el curso, les generó satisfacción personal y una mayor seguridad en su desempeño profesional en la atención de las personas adultas mayores.

Desafíos

Dado que el aumento de la población de adultos mayores y la transición epidemiológica, son fenómenos evolutivos, las autoridades de salud tienen que estar atentos a las cambiantes necesidades de perfeccionamiento de los funcionarios de los distintos centros primarios de salud.

Los CESFAM tienen alta rotación de profesionales, la mayoría jóvenes, con poca experiencia en la atención de personas adultas mayores, esto lo confirma el perfil de los estudiantes inscritos en el curso, los cuales tienen edad promedio de 33 años, 41.7% se concentran en el rango de 23 a 29 años, tiempo promedio de permanencia en servicio salud 4.6 años, sólo 9.3% tiene algún postgrado en geriatría y/o gerontología, 6.3% son profesionales extranjeros, lo que hace necesario seguir capacitando en TCD a profesionales que se desempeñan en los distintos CESFAM.

Respecto del análisis de la transferibilidad de la experiencia, podemos señalar que las necesidades de capacitación en deterioro cognitivo de adultos mayores atendidos en el sector público está cubierta en gran parte por el MINSAL a través del Instituto Nacional de Geriatría, haciéndose necesario dictar estos cursos en el sector privado y para el éxito de esta actividad es crucial la experiencia y expertiz de los relatores de este tipo de cursos.

La realización del curso es un aporte para que los profesionales de la salud de la atención primaria estén preparados para dichos desafíos y puedan realizar diagnóstico, atención y plan terapéutico para el adulto mayor con trastorno cognitivo y demencia.

Finalmente, es un gran desafío generar políticas para que los profesionales que atienden a los adultos mayores con trastornos cognitivos dispongan de más tiempo para atenderlos.



Foto 1



Foto 2

Trabajo N° 7

Desarrollo del Programa Ecológico en la Red de Salud Pública del Servicio Salud Coquimbo

Autores: Mauricio Troncoso Z. ¹, Lenka Alfaro P.², Ruth Arredondo G.³, Miguel Fredes C. ⁴, Ernesto Jorquera F. ⁵, Rosa Levi A.⁶, Ruth Arredondo G.⁷, Víctor Monrroy A. ⁸, Vilma Tapia T. ⁹, Jocelyn Tabilo A.¹⁰, Yessica Toledo B. ¹¹

- 1 Psiquiatra, Director Nacional del Programa Ecológico, Santiago
- 2 Asistente social, Asesora de Salud Mental, Servicio Salud Coquimbo
- 3 Psicóloga, Departamento de Salud Municipalidad Los Vilos, Los Vilos
- 4 Psicólogo, Departamento de Salud Municipalidad Vicuña
- 5 Psicólogo, Director Servicio Salud Coquimbo
- 6 Psicóloga, Encargada de Salud Mental, Servicio Salud Coquimbo
- 7 Psicóloga, Departamento de Salud Municipalidad Los Vilos, Los Vilos
- 8 Asistente social, Servicio de Psiquiatría, Hospital San Pablo Coquimbo
- 9 Trabajadora sociosanitaria, CESAM La Serena
- 10 Trabajadora social, CESAM La Serena
- 11 Psicóloga, Coordinadora CESAM Tierras Blancas, Coquimbo

El Programa Ecológico desde sus inicios en la región de Coquimbo:

La instalación del Programa Ecológico (PE) en la región de Coquimbo, se remonta a diciembre de 2005, como una oportunidad para fortalecer el trabajo en el abordaje de las dependencias asociado al Programa de Salud Mental en Atención Primaria de Salud (APS). En ese periodo, la Unidad de Salud Mental del Servicio de Salud Coquimbo organizó una jornada de capacitación sobre el Programa Ecológico a cargo del médico psiquiatra Mauricio Troncoso Z., Director Nacional.

El Centro de Salud Familiar Las Compañías, comuna de La Serena, fue el primer establecimiento de salud donde comenzó a funcionar un grupo de autoayuda multifamiliar.

Hoy luego de 9 años de trabajo, este programa funciona en 10 de las 15 comunas de la región de Coquimbo. Mención especial merece el trabajo desarrollado en el sector rural (Vicuña, Paihuano, Los Vilos) donde, pese a las dificultades propias del contexto rural, se ha logrado apoyar el surgimiento de grupos de autoayuda multifamiliares.

El Programa Ecológico funciona de forma complementaria a la oferta del Programa de Salud Mental Integral de APS y en algunos establecimientos de nivel secundario (CESAM).

La instalación del Programa Ecológico ha permitido ampliar y nutrir la oferta existente en salud, lo que ha contribuido no sólo a beneficiar a familias que presentan problemas asociados al consumo de

alcohol u otras drogas, sino también a familias que presentan otros problemas de salud o que están interesadas por mejorar su calidad de vida.

En este contexto, Equipos de Salud Mental, Voluntarios del Programa y Familias trabajan unidas por aportar al desarrollo de una mejor calidad de vida en sus territorios, asumiendo que el autocuidado y la autogestión es clave en el cambio de estilo de vida.

Objetivo:

Fortalecer la labor en el Programa de Salud Mental trabajando de manera complementaria con el Programa Ecológico para realizar acciones de promoción, prevención en sus diferentes niveles y contribuir a la eliminación de conductas, relaciones y comunicaciones de riesgo, como al adelanto y felicidad del sistema familiar y sus contextos de pertenencia.

Metodología:

El PE organizado en diferentes segmentos permite su crecimiento en el territorio, considera mecanismos reguladores que permiten realizar correcciones y las mejoras necesarias para su desarrollo. Este proceso se lleva a la práctica mediante la participación ciudadana y la autogestión como elementos esenciales para un cambio de estilo de vida, unido a la autodeterminación y la responsabilidad compartida fruto de un proceso de retroalimentación sostenido en el tiempo, que es sinérgico y complementario al trabajo realizado por los Equipos de salud.

Logros asociados al desarrollo del Programa Ecológico:

55 grupos de autoayuda multifamiliar sesionan de forma permanente al alero de establecimientos de APS y en establecimientos de Nivel Secundario. Cada grupo de autoayuda multifamiliar está constituido a lo más por 12 familias, es un espacio de reunión donde las familias trabajan para mejorar su calidad de vida. Son coordinados por trabajadores sociosanitarios, voluntarios especialmente preparados en el PE y supervisados por los Equipos de Salud vinculados al Programa en el territorio.

22 Escuelas de 1er nivel. La Escuela de 1er Nivel es un espacio de formación abierto a la comunidad, que se desarrolla durante 05 meses y donde se abordan diferentes temas asociados a salud mental. Los participantes que cumplen con el requisito de asistencia a las clases teóricas y a las actividades prácticas tienen la posibilidad de rendir un examen público que les permite acreditarse como **trabajadores sociosanitarios**, quienes se constituyen en educadores de futuros educadores. Anualmente se realiza una ceremonia de clausura de Escuela de 1er Nivel por cada comuna.

01 Escuela de 2do nivel de carácter regional. Es un espacio de formación especializada para trabajadores sociosanitarios y profesionales vinculados al PE, donde se supervisa el trabajo de coordinación de los trabajadores sociosanitarios y se propicia el autocuidado. La Escuela se realiza

en 05 sesiones. Cada año su organización es rotativa entre los Equipos de Salud en conjunto con los Grupos de Autoayuda Multifamiliar que cuentan con personalidad jurídica.

Comité autogestor regional, comunal y local. Espacio de reunión entre voluntarios del Programa y Equipos de Salud Mental donde se revisa el funcionamiento de los microprogramas territoriales, se planifica y se resuelve aspectos administrativos y de gestión asociados al desarrollo del programa en cada territorio (Comité Autogestor regional sesiona tres veces en el año; Comité Autogestor comunal sesiona cada dos meses; Comité Autogestor local una vez al mes).

01 Encuentro Regional de Grupos de Autoayuda Multifamiliar de forma anual. La organización es rotativa (entre las diferentes comunas donde se desarrolla el programa). Es un espacio de encuentro para el reconocimiento de buenas prácticas, para sensibilizar a nuevas familias y comunidades en la importancia del cuidado de su salud. Participan familias, trabajadores sociosanitarios y equipos de salud.

07 Fondas blancas para conmemorar Fiestas Patrias en un espacio de sana ocupación del tiempo libre y bajo la premisa de libertad para el no consumo de alcohol u otras sustancias.

En términos cualitativos los logros en el desarrollo del programa se pueden describir de la siguiente forma:

- Usuarios y familias alcanzan cambios en su estilo de vida, transformándose en referentes significativos para otras familias de su territorio.
- Se favorece el sentido de pertenencia de las familias con el Programa Ecológico y se amplía la red de apoyo social para las familias de cada territorio.
- Usuarios y familias desarrollan autogestión a nivel individual, familiar y comunitario para avanzar en la resolución de sus dificultades y mejorar su calidad de vida.
- Mejora la adherencia de usuarios al Programa de Salud Mental Integral, disminuyendo frecuencia y severidad de las descompensaciones
- Voluntarios del programa, trabajadores sociosanitarios, se motivan a retomar estudios de enseñanza básica, media y superior. Incluso uno de ellos aprende a leer y escribir en el Centro de Salud Familiar Pedro Aguirre de la comuna de La Serena.
- Se ha consolidado una red de voluntarios trabajadores sociosanitarios debidamente formados en salud mental que trabajan junto a los Equipos de Salud y en sus territorios para promover cambios en el estilo de vida.
- Se ha validado la labor de trabajadores sociosanitarios, lo que ha permitido la contratación de 3 trabajadores sociosanitarios en Atención Primaria de Salud y 2 trabajadores sociosanitarios en el nivel de especialidad (CESAM), en la comuna de Coquimbo.

Facilitadores para el desarrollo del Programa Ecológico en la red de salud:

La validación del Programa Ecológico en la red de salud ha facilitado el trabajo de los Equipos de Salud Mental y de los trabajadores sociosanitarios, permitiendo el desarrollo de los diferentes

segmentos del programa y la realización de actividades comunitarias necesarias para fortalecer la participación ciudadana y el desarrollo de redes. El respaldo institucional, a través del Servicio Salud Coquimbo, Hospitales y Departamentos de Salud ha permitido que las acciones emprendidas se desarrollen de manera sinérgica a las acciones de salud, tendientes a promover una mejor calidad de vida en el territorio.

Obstaculizadores en el desarrollo del Programa Ecológico:

Predominio del modelo biomédico por sobre el modelo biopsicosocial.

Baja participación de usuarios, familias y comunidad como protagonistas del cuidado de su salud y en algunas situaciones, resistencias de los Equipos de Salud Mental para incorporar a las familias como un socio más en el trabajo en salud.

Bajo número de derivaciones desde Equipos de Salud, de Familias a Grupos de autoayuda multifamiliar y hacia Escuelas de 1er Nivel.

Alta rotación de los Equipos de Atención Primaria de salud lo que implica un permanente trabajo de sensibilización y difusión sobre los alcances del Programa Ecológico.

Innovación asociada a la implementación del Programa Ecológico:

El desarrollo del Programa Ecológico en la red de salud es una práctica innovadora porque ha contribuido a mejorar el trabajo en el abordaje de las dependencias (alcohol u otras drogas) y ha permitido beneficiar a otras familias que presentan dificultades de salud mental o que incluso motivadas por cambiar su estilo de vida permanecen vinculadas al Programa.

El Programa Ecológico considera a la Familia como la unidad de intervención, lo que permite un abordaje integral, holístico, donde se desarrollan acciones de promoción y prevención en sus diferentes niveles. Este trabajo implica cambios a largo plazo, que promueven romper la transmisión transgeneracional de conductas, comunicaciones y relaciones de riesgo, posibilitando que las familias sean autogestoras, iniciadoras de capacidades y habilidades para conducir sus propios procesos de transformaciones y cambios en el estilo de vida, situándolas como Promotoras de Salud en los diferentes espacios donde interactúan.

Factibilidad, sostenibilidad y transferibilidad que permiten demostrar que el desarrollo de Programa Ecológico se puede extender a otros territorios de nuestro país:

Esta experiencia es factible de replicar en otros territorios (urbanos o rurales), donde se promueve una relación de trabajo entre la ciudadanía y los Equipos de salud, quienes unidos bajo el objetivo común de aportar a mejorar la calidad de vida de las familias trabajan de manera coordinada y empoderados para favorecer un sentido de pertenencia y responsabilidad social. En este sentido, se propicia una mayor participación comunitaria en la toma de decisiones y en la búsqueda compartida de soluciones a los desafíos que enfrentan.

Por otra parte, la sostenibilidad de una iniciativa está directamente relacionada con su capacidad de resiliencia para adecuarse ante las adversidades y mantener su estructura y función incluso en situaciones difíciles. De este modo, se puede describir el Programa Ecológico como un sistema resiliente, capaz de promover en las familias que lo integran un cambio de estilo de vida hacia uno más saludable apuntado al bienestar de cada uno de sus integrantes, un cambio en la cultura para construir una vida más feliz. Se contribuye a fortalecer el capital social, mediante el surgimiento de relaciones de colaboración horizontales y la consolidación de una red de redes que amplía las posibilidades de apoyo para las familias participantes.

La transferibilidad de esta iniciativa se asocia a la posibilidad de que familias, trabajadores sociosanitarios y equipos de salud mental vinculados al Programa Ecológico acceden a una educación continuada (en diferentes niveles; 1er Nivel, 2do nivel, Nivel superior), de carácter gratuita, que permite de manera permanente sensibilizar sobre temas de salud mental, supervisar y proporcionar espacios de autocuidado.

Finalmente, la existencia del voluntariado formado por trabajadores sociosanitarios constituye un pilar fundamental para la instalación y desarrollo del programa en cada territorio, son ellos quienes con capacidad de autogestión logran instalar cambios en la calidad de vida de familias y comunidades.

Desafíos en el desarrollo del Programa Ecológico:

Continuar con el desarrollo del programa en otras comunas de la región que aún no lo han implementado y conseguir el respaldo de Ministerio de Salud para reconocer a la región de Coquimbo como centro de pasantía a nivel nacional para que profesionales y no profesionales se impregnen sobre el significado del Programa Ecológico.

Referencia Bibliográfica:

Troncoso Zambrano, M. (2014), "Características del Programa Ecológico en sensibilización, promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de familias con problemas provocados por el consumo de sustancias que causan dependencias en el Sistema Familiar", La Serena.



Fonda Blanca, comuna La Serena: Todos los Grupos de Autoayuda Multifamiliar de la comuna de La Serena se reúnen en el Parque Pedro de Valdivia para celebrar nuestras fiestas patrias.



Ceremonia de clausura de Escuela de 1er Nivel en comuna de Coquimbo, Octubre 2014: En la fotografía los nuevos trabajadores sociosanitarios, voluntarios del Programa Ecológico.

Trabajo N° 8**Programa de Formación de Especialistas:
Implementación de Pasantía de Psiquiatría Comunitaria****Autores:** M. Angélica Montenegro M.¹, Jaime Solís G.², Gabriela Schonffeldt F.², Berta Díaz V.³

1 Terapeuta ocupacional; Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile

2 Médico psiquiatra; Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile

3 Asistente social; Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile

Problema que motivó el desarrollo de la Experiencia

La Clínica Psiquiátrica Universitaria es el centro de formación de especialistas de mayor trayectoria en el país y uno de los más prestigiados. No obstante en su Programa Formativo, no contaba con pasantía formal por una Unidad de Psiquiatría Comunitaria sostenida en el tiempo. Si bien se habían desarrollado algunas acciones, estas eran aisladas y sustentadas solo en la voluntad individual de algunos académicos, de manera tal que se vieron finalmente interrumpidas. Al equipo actual de académicos luego de una acuciosa evaluación del Programa Formativo, le pareció de la máxima importancia diseñar un Programa de Pasantía Comunitaria acorde a las políticas sociales imperantes en la actualidad.

Contexto donde se desarrolló la experiencia

Para la implementación de dicho programa se contó con la intervención de académicos de la Clínica Psiquiátrica Universitaria quienes diseñaron algunas actividades intrahospitalarias tal como Clases Magistrales y Seminarios. Se contactaron además Centros COSAM y CESFAM de la Región Metropolitana donde los becarios realizan la pasantía desarrollando diversas actividades tal como evaluación y atención de población consultante, visitas domiciliarias y Talleres de Psicoeducación.

Objetivos de las acciones realizadas

En el Programa Formativo:

1. Promover en el médico becario una mirada holística en el abordaje de los problemas de Salud Mental.
2. Introducir conceptualizaciones sociológicas que permitan mayor comprensión contextual de la causa de un problema o situación de Salud Mental.

3. Promover la migración desde el Modelo Biomédico asistencialista a un Modelo Biopsicosocial centrado en la autodeterminación y en los recursos comunitarios.

En la Pasantía Comunitaria:

1. Establecer una relación de mayor horizontalidad con la población consultante.
2. Introducir elementos educativos que permitan reconocer y / o anticipar factores de riesgo y de protección de una determinada patología.

Descripción de las acciones realizadas

En el Programa Formativo:

1. Se realizaron 4 Clases Magistrales dictadas por eximios académicos del quehacer nacional, expertos en Salud Pública, Salud Familiar y Salud Comunitaria.
2. Seminario liderado por un académico de la Clínica Psiquiátrica Universitaria. Previo a la instancia formal, les es entregado un material bibliográfico luego de lo cual se realiza una discusión coloquial de los aspectos abordados y se les instiga a tomar posición personal, acorde a la contingencia nacional.

En la Pasantía Comunitaria:

1. Atención directa de población consultante. Esta acción se realiza en forma conjunta con médico psiquiatra, de manera que pueda ser supervisada.
2. Visita Domiciliaria. El objetivo de esta es conocer redes, patrones y estilo relacional que permitan anticipar factores de riesgo y de protección.
3. Taller de Psicoeducación en Bipolaridad.- El objetivo básico de esta acción es informar y educar en heredabilidad, efectos secundarios de los fármacos etc. Muchas de estas inquietudes, han sido propuestas por los usuarios.

Logros obtenidos

En el Programa Formativo:

- Implementar una Pasantía formal por la Comunidad que esté acorde a las políticas de Salud actual, permitiera adentrarse en la problemática de Salud Mental en un contexto Comunitario.
- Mayor apertura a la experiencia comunitaria desde una mirada mayormente sociológica que biomédica.

En la Pasantía Comunitaria:

- El reporte cualitativo, dio cuenta de menor nivel de ansiedad en la población comunitaria cuando es educada en torno a factores que inciden en la presentación de un cuadro de Salud Mental. También manifestaron mayor adherencia a tratamiento farmacológico cuando conocían sus efectos adversos y la duración de estos.

- A través de la narrativa, mostraron satisfacción por la mayor horizontalidad y cercanía con la figura del médico.

Factores Facilitadores

- Existencia de convenio docente asistencial suscrito entre la Facultad de Medicina y Municipalidades, que agilizó la puesta en práctica de la iniciativa.

- Flexibilidad de roles tutoriales, entendiendo que los Modelos Comunitarios se caracterizan por la transdisciplinariedad.

Factores Obstaculizadores

- Distancia geográfica con el COSAM / CESFAM.

- La dificultad de acceso rápido y oportuno a los medicamentos que contempla la canasta. En ocasiones estos debían ser solicitados produciéndose interrupción y desfase en la ingesta.

Innovación

Plantear una Pasantía en Salud Mental Comunitaria nos otorgó la satisfacción de introducir en el Programa de Formación de Especialidad en Psiquiatría una cobertura integral. El propósito es que esta iniciativa se perpetúe de manera tal que mayor cantidad de especialistas se integren al ámbito Comunitario fortaleciendo acciones y políticas de Salud Mental.

Factibilidad

Sería conveniente contar con medios de traslado y desplazamiento que facilitaran el acceso oportuno de especialistas a los Centros Comunitarios.

También se hace necesaria la convocatoria multidisciplinaria, ya que distintas disciplinas permiten abordajes desde el quehacer específico de cada una.

Sostenibilidad

A nuestro juicio esta iniciativa puede sostenerse en el largo plazo ya que están dadas las condiciones básicas para que esto suceda. Entre otras, hay un interés real en preservar la iniciativa y además como Centro Formador, la Clínica Psiquiátrica Universitaria posee un número de académicos que pueden liderar la experiencia.

Transferibilidad

Podemos aventurar que una Pasantía por Salud Comunitaria debería y a nuestro entender podría, estar inserta en la mayoría de los Centros Formadores. Los recursos necesarios no son inabordables ni de gran cuantía. Pasa más bien por una real voluntad de cambio.

Impacto positivo en los usuarios

Las acciones ejecutadas en el lugar de pertenencia de los usuarios, permitió poner en escena el concepto de territorialidad. Que el médico haga presencia en el territorio de origen, otorga empoderamiento e identidad.

El empoderamiento o potenciación, solo se logra en la medida que se otorgue educación. El

cambio actitudinal, solo tiene ocurrencia en población informada. En nuestra experiencia, se logró una mayor adherencia a los fármacos permitiendo desmitificar efectos adversos.

Reconocimiento externo y de la Comunidad

Uno de los aspectos más valorados por los usuarios, fue la accesibilidad al médico como una figura con quien se podía establecer una relación de simetría. Valoraron la prescindencia de delantal durante las acciones realizadas.

Referencias Bibliografica

Saraceno Benedetto, "La liberación de los pacientes psiquiátricos", Ciudad de Mexico, Editorial Pax México, 2003.

Basaglia, Franco "La distruzione dell'ospedale psichiatrico" 1964; en F Basaglia, Scriti, Einaudi, Turin, 1982, p.250.

Henderson, A.S., Psichiatria Sociale ed Epidemiologia Psichiatrica, il Pensiero Scientifico Editores, Roma 1991.

Saraceno, B y E. Sternai, "Questione di Riabilitazione", Rivista Sperimentale di Freniatria, 111 1987. Pp.1507-1517.



Foto 1



Foto 2



Foto 3

Mesas de Trabajo

Mesa

2

“Programa de Reparación para víctimas de violación de los Derechos Humanos”



Trabajo N° 1

“Bordando Memoria”. Una experiencia para contribuir a la memoria histórica desde un taller grupal de mujeres usuarias PRAIS Araucanía Sur

Autora: Paola Mandujano B. ¹

¹ Psicóloga PRAIS Araucanía Sur. Temuco, Chile

Introducción

Durante las acciones de planificación de trabajo en el año 2008 del equipo PRAIS Araucanía Sur, nace la inquietud de implementar un tipo de trabajo grupal diferente a las intervenciones tradicionales; para contribuir a una de las estrategias que se contemplan desde la norma técnica del programa PRAIS, orientada a elaborar intervenciones que permitan tratar el daño producido por la represión, generando espacios para la reparación psicosocial.

En este contexto, se realizó una invitación abierta a los miembros de la Agrupación de Familiares de Detenidos Desaparecidos y Ejecutados Políticos de la IX Región a participar de una reunión en las dependencias del PRAIS Araucanía Sur. En este espacio se inició la formación de un grupo que usa una metodología autónoma y participativa para plantear sus objetivos de trabajo.

Durante ese encuentro el grupo de trabajo quedó compuesto por 13 mujeres entre las que se encuentran madres, hijas, esposas y hermanas de detenidos desaparecidos y ejecutados políticos. El equipo PRAIS asume el rol de coordinar y participar en la realización del taller mediante el apoyo logístico de las sesiones; como el traslado, lugar de realización, recursos materiales, entre otros.

Objetivo de la experiencia

Después del objetivo general inicial que buscó facilitar un espacio de encuentro entre familiares de detenidos desaparecidos y ejecutados políticos con integrantes del equipo PRAIS a fin de identificar las necesidades del grupo de usuarios asistentes, se pudo avanzar en la búsqueda de estrategias que permitieran contribuir a la mantención de la memoria respecto a los hechos represivos vividos. Las participantes del taller manifiestan la necesidad de dejar un legado, pero también expresan la dificultad de expresar sus experiencias de dolor y pérdida de manera oral o escrita. Como alternativa surge la idea de hacerlo a través de la técnica del bordado; acordando entonces como objetivo bordar una arpillera gigante de manera colectiva con fragmentos de historia personal en relación a las experiencias de represión política, que simbolice la historia de la agrupación y que signifique el rescate de la memoria.

Fundamentos teóricos

Los inicios de las arpilleras surgen de los bordados de lana de la folclorista Violeta Parra en los años 60, en los que se reflejaban y dibujaban escenas de la vida diaria de su pueblo. Después llegaron las arpilleras de Isla Negra, esposas de pescadores quienes, motivadas por problemas económicos, se dedicaron a bordar sus vidas cotidianas, llenas de colorido. Pablo Neruda, poeta chileno que también vivía en la Isla Negra, habló de estas bordadoras en su libro “Para nacer he nacido”. Posteriormente, en los inicios de los setenta, los años posteriores al golpe de Estado, las arpilleras reaparecen desde una temática política y social. Reaparecen en el contexto político en el que se instaura una dictadura militar, que derroca mediante un Golpe de Estado el gobierno Constitucional de Salvador Allende y se impone a sangre y fuego el 11 de septiembre de 1973. (Benavides y Riquelme, 2012)

El coser, tejer, bordar, son y representan escrituras femeninas que cuentan lo que la palabra o el habla no pueden decir. Estas artes representan escrituras que utilizan el cuerpo mismo como medio de moldear esta expresión: dedos, uñas, brazos. Así, las mujeres que bordan o cosen abandonan el rol tradicional de consumidoras de arte para convertirse en productoras que trascienden ese orden que las relegó a la marginalidad, para incorporarse activamente al proceso de producción de la cultura. (Agosin, 1985).

Para entender el texto y contexto de la arpillera chilena conviene recordar que a partir del derrocamiento del gobierno constitucional de Salvador Allende, en 1973, se inicia en la historia chilena -historia caracterizada por una rica tradición democrática- una época donde la represión cultural, política y económica empaña el desarrollo del país. (Agosin, 1985).

El discurso de la arpillera no es especulativo ni teórico, es concreto y vivencial, centrado en una costura específica que, por medio de códigos perfectamente descifrables, testimonia lo que la voz no puede exclamar, o como en un textum literario, las arpilleras cuentan una historia. Los diversos colores son capítulos imprescindibles, cuyos objetivos centrales residen en la composición de ciertos detalles: árboles verdes, una mujer sola, prisioneros, alambres de púa, soles inmensos, cordilleras vacilantes. (Agosin, 1985).

Metodología utilizada

La metodología de este taller de arpillera es participativa y se basa en la guía de una monitora con experiencia en la materia; quién también es usuaria del PRAIS. Las sesiones de taller tienen una duración de dos horas cronológicas, con frecuencia semanal, además del intercambio de historias que ocurre durante el traslado desde y hacia sus hogares antes y después de la sesión.

El grupo decide aprender la técnica e historia de la arpillera bordando palomas, individualmente en un primer momento, como símbolo de la lucha por la paz.

De manera espontánea las participantes van relatando la historia de la agrupación y las propias vivencias relacionadas con la represión política sufrida, construyéndose una instancia de reparación colectiva que permite escuchar en la historia de la otra, su propia historia. De esta forma se define bordar una arpillera gigante donde aparezca el Memorial de las víctimas de la dictadura en la novena región, que simboliza la historia de lucha de la agrupación de familiares. Se borda la cordillera, tal

cual dice Violeta Parra, “debe llevar la cordillera para que se sepa que es en Chile”. Entre agujas, hilos, colores y telas se va bordando la historia como una forma de memoria. En el lugar de los nombres de las víctimas se bordan frases que cada participante elabora desde su vivencia personal y que tiene, entonces, un significado emocional único.

Las profesionales del PRAIS se integran en el bordado y la creación de frases, ya sea desde sus vivencias personales y familiares, así como desde lo que ha significado trabajar en la institución.

En el portal del memorial, se incorporan “hitos” o símbolos con los que cada participante asocia su propia historia.

Resultados

Esta experiencia de bordado grupal va creando un espacio donde las participantes pueden compartir no solo el bordado de la arpillera, sino también una infinidad de reflexiones, ideas políticas, vivencias, poesía, intercambio de información sobre procesos judiciales y hasta temas que podrían ser en apariencia menos importantes como chistes y recetas de cocina, lo que va generando mayor conocimiento y profundidad en las relaciones, conformando una red de apoyo social para quienes comparten el dolor de la pérdida de un ser querido en situación de represión política.

Los principales logros de esta experiencia son el sentido de pertenencia que las participantes comienzan a experimentar en torno al grupo y la mejoría en sus estados de ánimo; según el reporte de algunas de ellas, o de sus familiares próximos; pues esta instancia les permite ir resignificando parte de su propia historia, en el encuentro con las demás.

El principal elemento de innovación de esta experiencia es haber logrado brindar un espacio donde las usuarias se sientan pertenecientes al PRAIS y no visualicen al equipo como un agente de salud externo, que deba “resolverles un problema”, o “repararles un daño”. Tanto las usuarias como las profesionales participantes forman parte de un espacio capaz de reinventarse con el paso del tiempo, desde una visión de colaboración en pos de la salud de sus integrantes.

Impacto

Terminada la arpillera, se reconoce la importancia del rescate de la memoria, presentándola a la comunidad de Temuco, el 30 de agosto de 2009; en el acto público del “Día del Detenido Desaparecido”; con apoyo del CINPRODH y la Agrupación de familiares.

En la búsqueda por continuar difundiendo este trabajo para contribuir a la memoria, se presenta la arpillera en la inauguración del memorial de Lautaro como una forma de motivar a los familiares de dicha comuna en la creación de instancias similares y posicionar a la agrupación en la comunidad.

Pero, sin duda, el mayor logro para las participantes del taller fue poder concretar la entrega de la arpillera al Museo de la Memoria de Santiago, en mayo de 2013, después de que el equipo gestionara que esta donación fuese posible. En esta ocasión la Universidad Católica de Temuco ofrece su espacio para una exposición itinerante de las arpilleras del Museo y en una ceremonia formal, las mismas participantes pueden entregar su trabajo a las autoridades de dicho museo; rescatando así también

el hecho de poder hacerlo en la misma ciudad de origen de este noble trabajo.

Desafíos

El grupo se mantiene hasta la fecha constituyéndose en una red de apoyo para sus integrantes; sin embargo con el paso de casi seis años, no todas las participantes permanecen en él, pues algunas de ellas se encuentran enfermas en sus hogares, otras han fallecido y nuevas mujeres han ido ingresando a este espacio. De esta forma el desafío de este taller grupal no tiene que ver con mantener vigente la elaboración de un resultado en sí mismo, sino más bien con ser capaces de reinventarse a través del tiempo e ir acogiendo, por parte del equipo, las inquietudes actuales de las participantes en relación a mantener el espacio de encuentro. Para ellas la mantención del espacio pareciera ser más importante que una meta particular a seguir, el grupo ha trascendido a la tarea específica y se mantiene para prestar un espacio de encuentro, confort y apoyo mutuo a mujeres que desean aportar a la mantención de la memoria colectiva sin focalizarse en el daño, sino más bien en la certeza de no olvidar a quienes físicamente ya no están con ellas y compartir las experiencias del pasado y del presente con sus pares de referencia.

Referencias Bibliográficas:

Agosin, Marjorie. (1985). "Agujas que hablan: las arpilleristas chilenas". Revista Iberoamericana, 51(132-133), 523-529.

Benavides, María Angélica y Riquelme, Joyce. (2012). Las Arpilleras de la memoria. Muestran, denuncian y recuperan. Conferencia llevada a cabo en el Centro de Estudios Africanos e Interculturales, Barcelona. Universidad Autónoma de Barcelona.



Foto 1



Foto 2

Trabajo N° 2

Construcción y evaluación de un trabajo psicosocial de grupo preventivo del daño transgeneracional en adolescentes descendientes de sobrevivientes de tortura

Autores: José Luis Tejada G. ¹, Marcela Sandoval N.², José Miguel Guzmán R.³, Rubén Alvarado M.⁴, Carlos Madariaga A.⁵

1 Psiquiatra, CINTRAS Santiago

2 Psicóloga, CINTRAS Santiago

3 Trabajador social, CINTRAS Santiago

4 Psiquiatra, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile

5 Psiquiatra, CINTRAS Iquique

Antecedentes

El Centro de Salud Mental y Derechos Humanos, CINTRAS, es una organización no gubernamental sin fines de lucro establecida en 1985, donde un equipo multidisciplinario de profesionales otorga rehabilitación médico-psicológica a personas que han sido víctimas de graves violaciones a los Derechos Humanos. En el contexto del acompañamiento terapéutico comenzamos a observar una progresiva demanda de apoyo en salud mental de hijos y nietos de afectados directos de la violencia política de la dictadura. Estas personas expresaban particularidades en su subjetividad donde podíamos observar con claridad la relación del sufrir con las situaciones traumáticas vividas por sus padres y familia.

El estudio de esta situación nos llevó a describir y conceptualizar el daño transgeneracional presente en esta segunda generación, como una forma de vivenciar las consecuencias psicosociales del trauma vivido por sus familiares incluso antes de que ellos nacieran. Las consecuencias transgeneracionales fueron sistematizadas y estudiadas en una primera investigación (CINTRAS, 2009) realizada con jóvenes descendientes de sobrevivientes de tortura nacidos después de la llegada de la democracia. Observamos la presencia de daño transgeneracional de diversos niveles, intensidad y formas de expresión. Frente a esta realidad, planteamos producir y evaluar un instrumento de acción preventiva para disminuir la probabilidad de desarrollo de esta expresión del trauma en adolescentes y así explorar posibilidades de enfrentar este problema de salud pública.

Objetivos de la experiencia

- Construir, aplicar y evaluar un modelo de trabajo psicosocial grupal preventivo, desde el enfoque

de la investigación-acción, que busque reducir los riesgos para la salud mental producto del daño transgeneracional, en jóvenes descendientes de sobrevivientes de tortura que nacieron terminada la dictadura militar.

- Aportar a los equipos de salud mental que trabajan en reparación de personas víctimas de violación de sus derechos humanos con una experiencia concreta y replicable de trabajo de grupo con jóvenes.

Marco Teórico Fundamental

Nos posicionamos entendiendo **la tortura como hecho político**, y mecanismo fundamental de represión durante toda la extensión de la dictadura, que a través de la destrucción de organizaciones socio-políticas y la paralización de la sociedad por medio del terror generalizado, tiene la finalidad de realizar cambios estructurales político-económicos en la sociedad (Brinkmann, 2005). Los aspectos del trauma de la tortura se dan no solo como herida o disrupción de los psiquismos/cuerpos individuales, sino que en su impacto en las relaciones interpersonales y en la estructura de la vida social, alcanzando su expresión más clara en el concepto de **trauma psicosocial** conceptualizado por Martín-Baró (en Madariaga, 2002).

Siguiendo con esta línea, el **daño transgeneracional** emerge como procesos traumáticos experimentados desde la segunda generación y que tienen diversa expresión a nivel individual, familiar y grupal. Por medio de mecanismos de transmisión de lo traumático que se observan de diversas tradiciones teóricas (socio-históricas, psicodinámicas, sistémicas), el impacto de lo traumático interfiere en la construcción de la identidad de los jóvenes de la segunda generación (CINTRAS, 2009).

Como modelo de trabajo para abordar el trauma psicosocial, nos posicionamos desde las **prácticas psicosociales** como dinámicas grupales que buscan contribuir a la producción de subjetividades individuales y colectivas de forma participativa y transformativa (CINTRAS, 2012). Utilizamos las lógicas de historización y resignificación en el contexto de la praxis de las **terapias narrativas** (White y Epsen, 1993), que como técnica de trabajo comunitario se enfoca en la facilitación de nuevos sentidos a vivencias significativas para la identidad de los sujetos a través del diálogo.

Metodología de la experiencia

a. Construcción de la intervención

Mediante un trabajo colaborativo de compartir experiencias, revisión sistemática de la bibliografía y discusión periódica identificamos y operacionalizamos las dimensiones del daño transgeneracional a ser evaluadas y trabajadas con la experiencia grupal. Con estas creamos un primer modelo de trabajo grupal que fue reformulado luego de su discusión con grupos de expertos jóvenes y profesionales de equipos PRAIS (Programa de Reparación y Atención Integral en Salud) estatales.

b. El trabajo psicosocial grupal

Realizamos una Jornada de trabajo, que consistió en un encuentro de 3 días de 5 facilitadores

(profesionales) y 11 jóvenes en una sede social de Valparaíso. Esta incluyó actividades de trabajo grupal intercaladas con actividades de socialización. La metodología del trabajo se basó en las terapias narrativas (práctica psicosocial participativa, el trabajo grupal, las lógicas de historización y resignificación).

El trabajo grupal se organizó en asambleas grupales y grupos de trabajo pequeños de manera simultánea, en cinco módulos temáticos de mecanismos de transmisión de trauma y procesos psicológicos generales, a saber: La conspiración del silencio, el conocimiento y comprensión del trauma en la primera generación, estilos familiares de comunicación, desarrollo identitario, y autoestima.

Trabajamos apoyados en herramientas audiovisuales, dinámicas participativas, basándonos en la facilitación expresiva y la construcción de narrativas conjuntas.

Resumen de actividades:

DIA 1. Salida desde Santiago y encuentro con los participantes de Valparaíso en el centro social. Once de bienvenida, presentación personal, presentación del programa y encuadre. Salida nocturna a caminar por Valparaíso.

DIA 2. Desayuno. Módulo 1 “Ampliando la mirada”. Descanso. Módulo 2 “reconstruyendo la línea del tiempo”. Almuerzo. Módulo 3 “comunicación interpersonal”. Descanso. Módulo 4 “caracterizando la propia identidad”. Once-comida. Velada musical.

DIA 3. Desayuno con amigo secreto. Módulo 5 “Autoestima”. Cierre, evaluación y entrega de certificados. Almuerzo, regreso.

c. Evaluación de resultados

Para evaluar el efecto del trabajo psicosocial realizamos entrevistas semiestructuradas a los jóvenes antes y después de la intervención con una pauta de entrevista similar, ambas enfocadas en la tradición cualitativa. Se realiza un análisis de contenido posterior dirigido a evaluar los efectos en los aspectos definidos previamente como parte del daño transgeneracional. Recogemos, además, la observación de la experiencia grupal por parte de los facilitadores.

Resultados e impactos de la experiencia

El principal logro es contar con una herramienta que permita enfrentar el problema de la prevención de la transmisión del trauma psicosocial en adolescentes descendientes de sobrevivientes de tortura. El enfoque comunitario permite abordar el problema desde su naturaleza psicosocial, evitando reducirlo a un problema psicológico individual, favoreciendo el encuentro de grupo y la creación de redes interpersonales, haciendo partícipes a los jóvenes de los procesos que los afectan.

Observamos avances en el logro de identidad en adolescentes participantes, con una mayor conciencia del trauma y avances en su elaboración. Permite el desarrollo de estilos de afrontamiento de la crisis de adolescencia que implican avances en su resolución a través del fortalecimiento

de sistemas valóricos y de creencias, formas de expresión afectivas y pautas comunicacionales. Observamos que los jóvenes logran conciencia de un repertorio más amplio de estrategias de integración de la experiencia.

Observamos la emergencia de nuevas subjetividades y sentidos positivos en las principales dimensiones evaluadas (“Conspiración del silencio”, “Conocimiento y comprensión empática del trauma de la primera generación” y “Estilos de comunicación dentro del sistema familiar”), con mayores niveles de integración de lo histórico-biográfico a sus historias de vida.

Como un logro no buscado, la experiencia fortalece las relaciones dentro del equipo y el sentimiento de logro común.

Otros impacto positivo en los participantes fue el fortalecimiento de redes con sentido, donde observamos la continuidad de la relación de algunos de ellos en diversos espacios. Algunos de ellos se convirtieron en amigos, se cambian a un mismo colegio o participan en actividades sociales y de derechos humanos juntos. Además, realizan un grupo de red social virtual donde mantienen una relación hasta hoy.

Además la experiencia funciona como cedazo de necesidades de salud o de apoyo en participantes y permite un acercamiento positivo al equipo y la organización para posibles necesidades posteriores, lo que permite fortalecer sus recursos comunitarios.

En conversaciones informales ha habido un reconocimiento positivo en general de los jóvenes de la experiencia, la que recuerdan con afecto.

Caso especial ha sido la reacción de los padres de los jóvenes. Por lo menos la mitad de ellos ha tenido evaluaciones positivas de la experiencia de sus hijos y de agradecimiento. Destacan la mejor comunicación con ellos, la posibilidad de hablar de sus experiencias, la mayor expresión de afectos, su mayor compromiso social y político. Nos parece que la experiencia les ha servido también a los padres sobrevivientes del trauma, para mejorar la elaboración de su propia experiencia.

Análisis de la experiencia

a. Condiciones facilitadoras.

- Integración de la institución en la comunidad, con redes y asociación con el sistema público de salud, organizaciones civiles y relaciones con pacientes basadas en la comunicación abierta y la confianza.

- Alianza para la realización de la investigación y la jornada con profesionales de equipos PRAIS.

- Desarrollo de jornadas en lugar de talleres sucesivos para el trabajo psicosocial, lo que mejora la aceptabilidad y adherencia de jóvenes, permite fortalecer las relaciones interpersonales.

- Utilización de grupos de discusión previos a la actividad (expertos profesionales y jóvenes). Permiten la construcción del modelo de trabajo y aceptación cultural específica.

- Actividad específicamente financiada.

b. Condiciones obstaculizadoras.

- Organizacionales. La realización de un trabajo en jornadas fuera del horario laboral y el trabajo tradicional requirió de altos niveles de compromiso del equipo.

- Bajo número de jóvenes que participan en la actividad. Población objetivo en riesgo sin malestar identificado que no demanda intervención, factores culturales asociados al rechazo del trabajo grupal, población juvenil especialmente alejada de los dispositivos de salud.

- Para la participación se necesitó de un consentimiento informado de parte de los padres. Algunos de ellos, manifestaron su desconfianza y aprensiones al tipo de intervención y las posibles consecuencias en la seguridad de sus hijos.

c. Innovación.

Esta experiencia se inscribe en la tradición comunitaria toda vez que fue construida en diálogo con diversos dispositivos de la comunidad, busca involucrar a la población en sus procesos de cambio de forma activa para la transformación del sujeto social y plantea una relación con la población no basada en la patología. Aborda un tema de poca experiencia a nivel nacional y busca enfrentar novedosa y creativamente el trabajo en diversos ámbitos: el preventivo, el trabajo en trauma psicosocial, la utilización del enfoque psicosocial, el trabajo con adolescentes.

d. Factibilidad.

La experiencia requirió de diversos recursos:

- Equipo multidisciplinar con competencias en el trabajo grupal participativo y con adolescentes, dispuesto y con alta motivación.

- Económicos, para el traslado y la producción de la jornada (lugar donde realizarlo, alimentación y alojamiento).

- Flexibilidad institucional que permitan intervenciones fuera de los centros y del horario laboral. Espacios de reflexión dentro de los equipos para su diseño, preparación y evaluación.

e. Sostenibilidad.

Al tratarse de una jornada preventiva, su realización está limitada en el tiempo y no requiere de seguimiento de la población a largo plazo. Su realización está condicionada a la motivación del equipo, factores contingentes y la identificación y movilización de población en riesgo.

En caso de identificación de jóvenes con patología en la preparación o realización de la experiencia, pueden ser derivados a los dispositivos existentes en la red específicos.

Desafíos

El principal desafío se enmarca en la necesidad de identificar la realidad del daño transgeneracional en la población y comprender sus impactos tanto sanitarios como en el sujeto social y en la construcción de ciudadanía. En tanto es una experiencia realizada pensando en su posible utilización por equipos que trabajan en salud mental y/o derechos humanos, especialmente los dispositivos públicos, crece la posibilidad de que sus equipos multiprofesionales puedan abordar a la mayor cantidad de población en riesgo. Como problema emergente de salud pública, pensamos que esta comprensión debería

influir en las políticas de reparación del País.

Un manejo de la metodología psicosocial y narrativa, donde se facilita la transformación de la realidad a partir del involucramiento directo de los sujetos, podría llevar a la reproducción de la experiencia de prevención en otros escenarios juveniles, incluso con descendientes de personas con otras experiencias traumáticas, con demanda de salud presente, o con otros problemas de salud.

Referencia Bibliográfica

Brinkmann, B. (2005) "Sobrevivientes de tortura: Fuerza Moral contra la impunidad". En Reflexión 31:27-31.

CINTRAS (2009) BRINKMANN, B., GUZMAN, J., MADARIAGA, C., SANDOVAL, M. "Daño transgeneracional en descendientes de sobrevivientes de tortura". En: CINTRAS, EATIP, GTNM/RJ y SERSOC. Daño transgeneracional: consecuencias de la represión política en el Cono Sur (pp. 13-139). Santiago: Autoedición.

CINTRAS (2012) Prevención del daño transgeneracional en segunda generación: Trabajo psicosocial de grupo. Santiago: CINTRAS.

Madariaga, C. (2002) Trauma psicosocial, trastorno de estrés postraumático y tortura. Serie Monografías N°11. Santiago: CINTRAS.

White, M. y EPSON, D. (1993) Medios Narrativos para fines terapéuticos. Barcelona: Paidós.



Foto 1. Participantes de la experiencia en las calles de Valparaíso.



Foto 2. Jóvenes y facilitadores durante la realización del trabajo grupal, Valparaíso.

Trabajo N° 3

Proyecto de Promoción y Prevención de la Salud y los Derechos Humanos en Estudiantes Medios

Autores: Shirley Flores O.¹, Patricia Carrión M.², Carlos Madariaga A.³, ; Luis Cortés H.⁴

1 Profesora de Lenguaje y Comunicación, Colegio Academia Tarapacá, Iquique

2 Profesora de Historia y Geografía, Colegio Academia Tarapacá, Iquique

3 Psiquiatra, Encargado PRAIS, Iquique

4 Trabajador social, PRAIS, Iquique

Introducción

La norma ministerial que dio origen a los PRAIS establece una perspectiva abarcativa e integral del fenómeno traumático que afectó a la sociedad chilena, considerando no sólo sus aspectos individuales sino también los familiares, grupales y sociales. Consecuente con aquello, las políticas de salud proponen no sólo una mirada asistencial sobre los aspectos mórbidos que afectan a los usuarios sino, además, la inclusión de la perspectiva promocional y preventiva ligada a los derechos humanos y la salud, generando con ello la exigencia de extender la acción del programa hacia los aspectos educativos y formativos en los principios valóricos y éticos que rigen a nivel universal los derechos humanos, entendiendo la salud como uno de los derechos esenciales.

El Estado de Chile reconoce el carácter multiaxial de este pathos, que compromete una mirada interdisciplinaria e intersectorial en el diseño e implementación de políticas públicas destinadas a la reparación de la sociedad en su conjunto. En este sentido, estudios muy recientes llevados a cabo por CINTRAS - Chile y otras ONGs del Cono Sur (EATIP de Argentina, SERSOC de Uruguay y GRUPO TORTURA NUNCA MÁS de Brasil) han descrito con rigurosidad científica los procesos de transmisión transgeneracional de la carga traumática, estudiando las alteraciones que afectan a adolescentes hijos y nietos de víctimas de la dictadura en el ámbito de la construcción de identidad y en su salud mental. Estos estudios destacan que la población adolescente en edad escolar constituye un grupo de riesgo en el cual la pre-existencia de eventos familiares de este tipo puede llevar a nuestros adolescentes a serios problemas en su salud mental; si agregamos la presencia de otros factores psicosociales de riesgo con los que conviven los estudiantes como la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil, el bullying, el abuso de alcohol y drogas, la deserción escolar, las conductas suicidas, la implementación de programas específicos de promoción de la salud mental y de educación en la doctrina de los derechos humanos tiene un inestimable valor como protector y apoyatura social.

Mediante la colaboración intersectorial salud-educación, en este caso entre PRAIS Iquique y el Colegio Academia Tarapacá, nos aventuramos en la exploración de una experiencia participativa en

el plano de la promoción y prevención de la salud y los derechos humanos con jóvenes estudiantes. Junto a dos profesoras de enseñanza media del mencionado colegio nos propusimos llevar adelante un proyecto que insertara el debate y la reflexión colectiva, dentro de un modelo de intervención inclusiva y problemática frente a la temática de los derechos humanos, en el cual los estudiantes tuvieran un rol protagónico en todas las fases de la iniciativa, las que se desarrollarían dentro de un escenario escolar, con el apoyo de sus redes naturales (profesores, directivos, apoderados) y con la presencia activa de los profesionales del PRAIS Iquique. De esta forma hemos pretendido dar un paso adelante en el cumplimiento de objetivos tanto reparatorios como de construcción de nuevos valores culturales en nuestros estudiantes, orientados hacia el fortalecimiento de los principios educativos y el logro de subjetividades juveniles con sólidos cimientos éticos y axiológicos.

Objetivos

El objetivo central que buscó articular este proyecto fue el de promover la valoración de la historia reciente como método de activación de la memoria histórica, tendiente a cimentar en los estudiantes valores que les permitan desarrollarse como personas, seres sociales y futuros ciudadanos por medio de la realización de un plan piloto de promoción de los derechos humanos y la salud para la población escolar de los segundos, terceros y cuartos medios a través de un trabajo conjunto Equipo PRAIS – comunidad escolar del Colegio Academia Tarapacá de Iquique.

Metodología

La metodología propuesta para esta intervención se basó fundamentalmente en la generación de una serie de actividades que se desarrollaron entre el 12 de junio y el 10 de septiembre de 2012. Todas las acciones fueron planificadas y diseñadas desde una mirada constructivista y participativa, incorporando en ellas los ciclos de aprendizajes en los que se pueden reconocer fases que van de lo simple y concreto a lo complejo y abstracto.

A partir de una etapa exploratoria nos ocupamos de facilitar caminos para que cada alumno y alumna pudiera expresar sus ideas iniciales con respecto a la temática de los derechos humanos en un marco amplio de comprensión. En esta etapa, siempre a través del desarrollo de las actividades curriculares regulares en los ramos de Lenguaje e Historia de Chile, los estudiantes realizaron labores de investigación y rescate de relatos testimoniales, en tanto que paralelamente comenzaron a abordar la temática de violación a los derechos humanos en Chile, a través de clases expositivas en las materias asociadas a los periodos históricos en Chile, como así también a las expresiones literarias que dan cuenta del periodo de la dictadura militar. Los estudiantes tuvieron la oportunidad de presenciar archivos audiovisuales históricos y pedagógicos.

En una segunda etapa se desarrollaron actividades orientadas a la construcción de los nuevos aprendizajes, produciéndose una reestructuración de las ideas previas, ejemplificando en la historia reciente de nuestro país, dando énfasis a nuestra historia regional. De esta forma el equipo gestor del proyecto participó junto a 280 jóvenes en dos jornadas de visita al poblado de Pisagua, en donde los participantes pudieron recibir un relato histórico de voz de un grupo de hombres y mujeres ex

presos políticos del Campo de Concentración que se levantó en aquella caleta durante la dictadura militar. Junto con esto se realizó un completo recorrido por las principales instalaciones utilizadas por el ejército en la reclusión, tortura y desaparición de personas. Esta visita terminó con una extensa caminata de los estudiantes hasta la ladera del cementerio de Pisagua, en donde se ubica un memorial y permanece aún la fosa en que se hallaron los cuerpos de 19 ejecutados políticos en 1990.

En la tercera etapa del proyecto se llevaron a cabo actividades que permitieran a los estudiantes interrelacionar y sistematizar los conceptos, principios y experiencias adquiridas en los pasos narrados anteriormente. Esta etapa fue apoyada con la realización de talleres de reflexión y debate en aula, como así también a través del desarrollo de un foro de derechos humanos, en donde participó el Presidente de la Agrupación de Familiares de Ejecutados Políticos y Detenidos Desaparecidos de Iquique y Pisagua, un historiador de la Universidad de Tarapacá y un profesor de derecho de la Universidad Arturo Prat, acompañados por un representante del equipo PRAIS Iquique.

Transversalmente, en el transcurso de todas las etapas de este proyecto buscamos lograr que el aprendizaje adquirido por los estudiantes sea significativo, a través de actividades que permitieran al estudiantado participante aplicar el conocimiento adquirido a situaciones concretas, plasmando la experiencia educativa de forma artística y creativa. Es así como llegamos a integrar a través de actividades y contenidos incluidos en la planificación académica del colegio, una experiencia educativa liderada por las profesoras de las asignaturas de Historia de Chile y Lenguaje, en un principio, lo que llegó a extenderse a los ramos de Filosofía, Artes e Inglés en el transcurso del proyecto. Los estudiantes lograron pintar lienzos colectivamente, desarrollaron trabajos de investigación, ensayos, recopilación de relatos testimoniales, taller de fotografía, afiches, ensayos, poemas, cuentos, cortometrajes, montaje de una obra teatral y la producción de un mural al interior del colegio como testimonio de la experiencia y legado a la comunidad educativa, actividad que contó con la participación voluntaria de un arquitecto y un pintor.

Análisis de nuestra experiencia

No existiendo en los programas educativos regulares de enseñanza básica ni media alguna unidad destinada al tratamiento educativo de los derechos humanos, este proyecto presenta un desafío e innovación, toda vez que ha logrado incorporar este ámbito en los contenidos curriculares de segundos, terceros y cuartos medios que participaron de la experiencia. A su vez, la transversalidad de los contenidos tratados paralelamente desde las asignaturas de Historia de Chile, Lenguaje, Filosofía, Artes e Inglés, lograron generar una importante producción de trabajos investigativos y de creación artística.

En tanto, un segundo ámbito de innovación está dado por la incorporación de distintos agentes de la comunidad que participaron directamente en distintas actividades en aula y en terreno, permitiendo el desarrollo de un caudal de aprendizaje por la vía experiencial. En este punto podemos destacar la activa participación de profesores universitarios, historiadores, un arquitecto, un pintor, la Agrupación de Familiares de Ejecutados Políticos y Detenidos Desaparecidos de Iquique y la Corporación de Ex Presos Políticos del Campo de Concentración de Pisagua.

Las posibilidades de concreción de una iniciativa de este tipo, en el campo de la promoción de la salud y los derechos humanos en estudiantes medios, encuentra sus oportunidades, por un lado, en la total pertinencia de la temática con los contenidos curriculares relacionados a la historia social y política reciente de nuestro país, en tanto que por otra parte, es también una oportunidad para el despliegue de los equipos PRAIS en el cumplimiento de su rol preventivo y promocional como agente comunitario, siendo esta iniciativa perfectamente sostenible en el tiempo, puesto que es parte del mandato de los equipos PRAIS, descrito en su norma técnica, el trabajo de proyección comunitaria en los ámbitos de la promoción y prevención en salud y derechos humanos, en tanto que en el ámbito educacional la temática de los derechos humanos asociada a la historia reciente, es necesariamente abordable año tras año en la medida que las generaciones de estudiantes avanzan en sus cursos, transitando por el abordaje de diversos contenidos y complejidades propias en cada subsector.

Impactos

El favorable impacto de esta experiencia en los jóvenes estudiantes ha sido posible ser indagado a través del reporte de ellos mismos como actores y exploradores de esta experiencia, esto no sólo a través de las entrevistas e intercambio del equipo ejecutor al final del proceso, sino que también, y de una forma que refleja aprendizajes significativos, a través de una amplia y productiva generación de material creativo que pudo ser registrado, como por ejemplo a través de cortometrajes o la grabación del montaje de una obra teatral basada en la recreación libre de los jóvenes respecto de lo que pudo ser la última noche de algunos prisioneros políticos en Pisagua antes de su ejecución. Como un elemento de alta significación de esta experiencia, se puede mencionar la elaboración de un gran mural que refleja simbólicamente el encuentro de los jóvenes estudiantes con esta experiencia, obra que permanece en el patio del establecimiento como un hito testimonial de memoria para las futuras generaciones de estudiantes y docentes del plantel.

Conclusiones

Cuando hablamos de educación en derechos humanos procuramos que los estudiantes vayan adquiriendo valores que se traduzcan en actitudes y hábitos de convivencia, basándonos en el precepto de que los seres humanos no se juegan el futuro en los conocimientos ni en las destrezas técnicas, sino en los comportamientos como sociedad.

Siendo ésta una iniciativa intersectorial salud-educación pionera en el campo de la promoción de los Derechos Humanos, hemos pretendido generar la experiencia y conocimientos necesarios que aporten a la construcción de un modelo de intervención replicable en otros establecimientos educacionales a partir del año 2013, como así también crear un cúmulo de información empírica que entregará bases e insumos de alto valor para el desarrollo de una posterior publicación de esta experiencia por parte del equipo ejecutor del proyecto.

La experiencia desarrollada ha contado con un nivel de notoriedad que ha permitido visibilizar la favorable reacción de padres y apoderados en su gran mayoría, como así también de las autoridades de educación y salud, a nivel regional y nacional, quienes tuvieron la posibilidad de presenciar parte

del resultado de este proyecto en la muestra final montada en el establecimiento educacional, oportunidad en que tanto los estudiantes como el equipo de trabajo interdisciplinario pudieron recibir la retroalimentación de este proceso por quienes no estuvieron involucrados directamente, proceso que ha sido complementado a través de las posteriores reuniones del equipo y la información recopilada por los docentes involucrados en esta iniciativa a través del intercambio directo con los padres y apoderados. En este sentido, ha existido una alta valoración de esta experiencia por parte de las familias de los jóvenes estudiantes, en tanto que para ellas esta experiencia ha significado también una oportunidad de mirar la violación a los derechos humanos en la historia reciente de Chile con una perspectiva que abre paso al diálogo, la reflexión, la transmisión de testimonios y valoración de una cultura de respeto hacia los derechos humanos.



Foto 1. Con los alumnos inaugurando el mural de derechos humanos en el liceo.



Foto 2. Visitando la fosa común de los ejecutados políticos de Pisagua.

Trabajo N° 4

Reparación Social a un limachino Detenido Desaparecido: Jaime Aldoney

Autores: Luis Aguirre¹, Mercedes Córdova², Elisa Córdova³, Alicia Olea², Santiago Urtubia², María José Jorquera G⁴

- 1 Obrero jubilado, usuario PRAIS, Valparaíso
- 2 Profesora jubilada, usuaria PRAIS Valparaíso
- 3 Funcionaria pública PRAIS, Valparaíso
- 4 Psicóloga PRAIS, Valparaíso

Introducción

En septiembre de 1990, se conforma el primer equipo multiprofesional en la ciudad de Iquique, a partir del hallazgo de las fosas de Pisagua. Luego, el Ministerio de Salud mediante resolución N° 4A21 del 4 de febrero de 1991, inicia un programa dirigido a las familias más severamente afectadas por situaciones de represión política en el periodo 1973-1990. Posteriormente, mediante Resolución Exenta N° 729 del 16 de diciembre de 1992 se formaliza el Programa de Reparación y Atención Integral de Salud y Derecho Humanos (PRAIS) y elabora Norma Técnica.

Respecto a los lineamientos del programa, según Norma Técnica 2006, éste reconoce que parte de su función es contribuir al aprendizaje que realice la sociedad y las generaciones futuras, para prevenir violaciones a los derechos humanos. Sin embargo, tras los 40 años del golpe, quedó de manifiesto no sólo el insuficiente reconocimiento social, sino que también se evidenció un arraigado estigma social sobre las víctimas, a las cuales se les ve como responsables de su propia represión. Al respecto, los usuarios del programa PRAIS Valparaíso hicieron sentir al equipo de profesionales la necesidad de abordar colectivamente esta dimensión social que se encuentra alterada por la impunidad, la cual, mediante el silenciamiento y el engaño, tiene como objetivo impedir la diferenciación entre lo ético y lo no ético. Por lo anterior, y entendiendo que el programa tiene dentro de los objetivos principales romper con el silenciamiento de la impunidad, en pro no sólo de la reivindicación moral de las víctimas, sino que también en la construcción consciente de nuevos valores sociales que vayan orientados hacia la Reparación Social, es que se creó el taller de Memoria Histórica; como una herramienta educativa para hacer frente al ocultamiento de la verdad impuesta por la impunidad a nuestra sociedad, y para incorporar la idea de que la Reparación es un deber social que nos pertenece y emplaza a todos.

Objetivo

A través del Taller de Memoria Histórica se pretendió no sólo reivindicar a las víctimas de los estigmas sociales, sino que también visibilizar que la Reparación Social es un desafío que compete a todos los ciudadanos e instituciones del país.

Metodología

Se escogió, en conjunto con los integrantes del taller, trabajar con la historia de Jaime Aldoney, una persona detenida desaparecida de la región. Trabajar con esta consecuencia del terrorismo de Estado fue unánime, pues es sin duda la expresión más horrorosa de la crueldad humana y la impunidad. Pues somete a la sociedad a normalizar una situación perversa e inhumana impidiendo no sólo la Reparación social, sino que también a la creación de una cultura de no respeto hacia los Derechos Humanos.

El taller tuvo cuatro pasos consecutivos:

Primero: Se contactó con la familia de Jaime Aldoney, con el objetivo de explicarle la importancia de romper con el silenciamiento, propio de la impunidad, que favorece el estigma respecto a su familiar. Para luego en conjunto con su familia y amigos realizar una recopilación de la historia biográfica que junto con dar a conocer su rol social, político y valórico, visibilizar su trayectoria comunitaria, como el liceo en donde estudió, el club deportivo al cual perteneció etc.

Segundo: El grupo taller detectó aquellos mitos que se encuentran asociados a los detenidos desaparecidos, siendo la frase “les pasó por algo” la más enraizada culturalmente.

Tercero: Tras un diagnóstico comunitario se detectaron instituciones y personas claves de la zona, a las que junto con explicarles cómo les afecta la impunidad, se les invitó a participar en el primer acto de Reparación Social de su comunidad para su vecino detenido desaparecido. Dándoles además tareas específicas con el objetivo de que contribuyeran activamente en el proceso.

Cuarto: Finalmente se convoca a un acto artístico cultural que junto con visibilizar a la víctima y reconocer toda la lucha de su familia, se desarrolló un conversatorio sobre la necesidad de lograr una Reparación de carácter nacional.

Logros obtenidos

El primer logro fue la aceptación de la familia a trabajar en conjunto, pues junto con aportar relatos desconocidos proporcionó diversas fotografías que logran poner rostro al concepto “detenido desaparecido”. El cambio del discurso de la víctima, posicionándolo desde lo humano y cotidiano, fue una estrategia importante, pues generó una oportunidad de diálogo, reflexión y empatía, y sobre todo un reconocimiento no sólo de la víctima y su vivencia, sino que también un reconocimiento hacia los familiares, por la fuerza y constante lucha por saber la verdad, logrando una desprivatización del trauma y un despliegue de Reparación de tipo simbólica y moral por parte de su propia comunidad.

También la invitación a diversas instituciones u organizaciones sociales a ser parte de un evento tan importante como la Reparación no como espectadores sino como parte del proceso fue fundamental. Al respecto destacamos, por ejemplo, la donación que hizo la radio comunitaria Radio Latina para grabar un spot publicitario que permitió difundir diariamente la actividad, lo que fue un elemento crucial para la convocatoria.

La inclusión al acto de diversas personalidades políticas contribuyó también a darle un carácter institucional importante. Como también la presencia de jóvenes de la casa de estudios superiores donde Jaime estudió, lo que permitió la entrega de información a las nuevas generaciones contribuyendo a un enriquecedor dialogo multigeneracional.

Análisis de la experiencia

La convocatoria fue un éxito, llegaron 200 personas. Tras la exposición de la vida personal y local de Jaime Aldoney, en el conversatorio las personas e instituciones asistentes se percataron que referían muchos mitos fundados por el estigma social, creados previo al golpe y mantenidos por el silencio de la impunidad, logrando eliminar una primera barrera de la Reparación que es el engaño y la alteración de la realidad. Algunos asistentes incluso se animaron a relatar su propia historia personal-social nunca antes comentada en la comunidad, producto del miedo o porque nunca se había dado un espacio como el generado por la intervención, eliminando otra barrera como es el silenciamiento y la privatización del trauma. Finalmente se logró un espacio de reflexión colectiva que llevó a posicionar la reparación social como un aspecto necesario para el país

El posicionar la reparación de forma más integral, destacando aspectos claves como lo simbólico y moral, en que los sujetos son situados como agentes de cambio capaces de proponer una solución colectiva a esta historia que ha sido instaurada en la sociedad como imposible de solucionar, es una buena estrategia para cambiar la perspectiva que tienen los ciudadanos, pues presenta la reparación social como un desafío de carácter positivo y alegre que contribuye a la creación de una cultura de respeto hacia los derechos humanos.

Respecto a los impactos en los usuarios del programa, la utilización de un taller de memoria histórica como herramienta clínica-comunitaria es una buena fuente de resiliencia y empoderamiento de los usuarios, pues desprivatiza el trauma y reduce los efectos negativos que causa la impunidad sobre sus vidas a través del estigma, el autoestigma, y el silenciamiento de sus vivencias. Y en relación a la familia de Jaime Aldoney, el reconocimiento de su vivencia y lucha por parte de la comunidad, sin duda ayuda a mitigar el dolor de la injusticia y crueldad.

Finalmente concluimos que si el Terrorismo de Estado es una experiencia biopsicosocial, debe entonces abordarse de la misma manera.



Foto 1.



Foto 2.

Trabajo N° 5

Temuco, Fragmentos de Realidad. A 40 años del golpe militar. 11 de septiembre de 1973 - 11 de septiembre de 2013

Autores: Pamela Coliqueo M.¹, Maritza Jaque A.²

1 Asistente social. Equipo PRAIS Araucanía Sur - Temuco

2 Psicóloga. Equipo PRAIS Araucanía Sur - Temuco

Contexto donde se desarrolló la experiencia

El 11 de septiembre de 1973 Chile vive el comienzo de uno de los peores periodos de su historia al ser derrocado el gobierno democrático de Salvador Allende por parte de las Fuerzas Armadas, en un Golpe de Estado que trajo consigo violaciones sistemáticas a los Derechos Humanos.

Desde entonces, las agrupaciones de derechos humanos han luchado por la búsqueda de la verdad y justicia para sus familiares detenidos desaparecidos y ejecutados políticos. Al mismo tiempo, otro de sus objetivos ha sido entregar información a la comunidad de los hechos ocurridos en dictadura como una forma de preservar la memoria histórica y garantizar el “nunca más”; especialmente a las nuevas generaciones.

La memoria histórica se forma por las relaciones dinámicas entre el Estado y los actores de la sociedad civil, quienes se constituirían en “aliados” de la memoria, aunque no necesariamente compartan una visión política en general. Para Stern esta relación tiene elementos de tensión que pudieran ser creativos, como también, se convierten frecuentemente en desconfianza mutua.

Como señala Jelin (citada en Winn, Stern, Lorenz y Marchesi, 2014) las memorias son subjetivas y tienen la necesidad de decodificar sus “marcas simbólicas y materiales”. Asimismo, las memorias, como las contramemorias, se encuentran frecuentemente en conflicto y en disputa, creando lo que ella denomina la “batalla por la memoria histórica”. Para Stern en Latinoamérica, se ha producido una batalla entre la memorias colectivas dominantes y disidentes compitiendo por la aceptación social, y de manera paralela, se da lo que el autor denomina “tentación del silencio”, que hace que la primera lucha sea una lucha contra el olvido. (Winn et al.2014)

En el marco de la Conmemoración de los 40 años del Golpe de Estado en Chile, la Agrupación de Familiares de Detenidos Desaparecidos y Ejecutados Políticos de la Región de la Araucanía

decide realizar una muestra visual que incorpore una selección de fotografías sobre el trabajo de la agrupación; la instalación de pancartas con los rostros de las víctimas que incluyeron una breve reseña de los hechos; y un espacio de cotidianidad de la época con una muestra de objetos creados y/o pertenecientes a sobrevivientes de tortura, detenidos desaparecidos y ejecutados políticos.

Las intervenciones del PRAIS forman parte del conjunto de acciones de reparación que debieran estar orientadas al reconocimiento de los hechos acaecidos en dictadura y contribuir a generar una cultura de respeto a los derechos humanos. Sin embargo, por la alta demanda asistencial, los objetivos y recursos se han centrado en la productividad, otorgando principalmente una atención clínica cerrada, postergándose las intervenciones de tipo comunitario. No obstante, alrededor del 70% de la población PRAIS del Servicio de Salud Araucanía Sur no recibe atención directa por parte del Equipo, por lo que objetivos centrados en la comunidad y el rescate de la memoria histórica como temas para realizar intervenciones en salud mental toman especial protagonismo.

Por lo anterior, buscando una actividad que permita lograr los objetivos del Equipo PRAIS desde lo colectivo, se integró al grupo de trabajo de la Muestra visual planificada por la Agrupación de Familiares de Detenidos Desaparecidos y Ejecutados Políticos de la Región de la Araucanía.

Hacer memoria es un recurso que permite situarse de mejor forma en el aquí y ahora, para que el olvido no profundice lo traumático. Recordar el pasado, implica reconectarse en el presente para darle un nuevo sentido y poder mirar el futuro. Los lazos rotos a consecuencia del terrorismo de Estado, pueden ser reconstruidos en el presente mediante el trabajo colectivo de la Memoria. Tal como señala Stern, los memoriales no sólo tienen que ser de piedras ni objetos físicos; películas como “Machuca” o series como “Los Archivos del Cardenal”, demuestran ser poderosos lugares de memoria con capacidad de alcanzar amplias audiencias. Estos materiales proporcionan una pedagogía pública sobre el pasado traumático reciente, que pueda garantizar una cultura política democrática pro derechos humanos y garantice el “nunca más” al terrorismo de Estado. (Stern y Winn, 2013; citados en Winn, Stern, Lorenz y Marchesi, 2013).

Objetivos de la Experiencia

- Fortalecer relación con agrupaciones e instituciones locales relacionadas con Derechos Humanos.
- Contribuir a crear espacios de Reparación y Memoria en la Región de la Araucanía.
- Contribuir a la sensibilización y educación Colectiva en Derechos Humanos en la Región de la Araucanía.

Descripción de la Experiencia

El grupo de trabajo estuvo compuesto por integrantes de la Agrupación de Familiares de Detenidos Desaparecidos y Ejecutados Políticos de la Araucanía; 1 Fotógrafa; integrantes del equipo PRAIS; 1 Profesora de Arte y voluntarios.

Como primera acción desde PRAIS, se facilita el espacio físico para las reuniones de planificación, lo que finalmente se traduce en que la sala de Reuniones del PRAIS se transforma, desde junio a

noviembre de 2013, en el centro de operaciones de la Muestra.

El trabajo comienza con las reuniones de Coordinación y Planificación (Reuniones quincenales durante junio y julio), se define: formato de la Muestra, la que se divide en tres espacios:

- 1) Selección de fotografías sobre el trabajo de la Agrupación en la búsqueda de Verdad y Justicia.
- 2) Instalación de pancartas con rostros de las víctimas, incluyendo reseña biográfica y estado de las causas judiciales.
- 3) Cotidianidad e información de la época.

Una vez definido el objetivo y el formato se asignan tareas a los integrantes del grupo de trabajo, orientadas a:

- Búsqueda y selección de fotografías de las víctimas (transversal desde junio a noviembre).
- Selección y compra de materiales.
- Búsqueda y gestión de sala de exposición.
- Gestión de recursos (junio a noviembre)

El Equipo PRAIS se orienta principalmente a contactar a familiares y gestionar la donación de fotografías de las víctimas. Listado de fotografías de víctimas de la Agrupación se cruza con listado del Museo de la Memoria.

Posteriormente, la totalidad de los integrantes del equipo de trabajo, participa en:

- Elaboración de la muestra fotográfica y pancartas (agosto, septiembre octubre).
- Elaboración de textos descriptivos de cada fotografía (identificación, proceso judicial, manifestaciones públicas)
 - Difusión (septiembre).
 - Confección de afiche y entrega invitaciones.
 - Gestión de recursos: rifa, peña y donación voluntaria. Se reciben recursos de Universidad de la Frontera.
- Montaje de Muestra Visual.

La Muestra Visual se Inaugura el 03 de Octubre de 2013 en la Sala de Exposiciones de la Dirección de Extensión de la Universidad de la Frontera, donde permanece abierta al público por 1 semana. Se realiza una segunda exposición la tercera semana de octubre de 2013 en Hall de la Universidad de la Frontera. Durante toda la exposición, los integrantes del equipo de trabajo dialogan con visitantes. La Muestra fue visitada por 1000 personas aproximadamente.

Logros obtenidos

Al realizar la evaluación de la experiencia por parte del Equipo PRAIS, se estima que los principales resultados son:

- Realizar un proceso colectivo de trabajar la Memoria.
- Empoderamiento de familiares y funcionarios PRAIS al trabajar objetivos comunes asociados al rescate de la Memoria histórica.
- Personalizar a las víctimas mediante la búsqueda de fotografías, entendiendo la desaparición y la ejecución masiva como interrogantes que históricamente deben ser saldadas.
- Acercamiento del Equipo PRAIS al estado de los procesos judiciales de las víctimas, permitiendo realizar un acompañamiento a los familiares.
- Reconocimiento por parte de la Agrupación de familiares al Equipo PRAIS como apoyo y acompañamiento permanente.
- Comprensión de la Reparación como una tarea no solo del Estado, sino también de los trabajadores de sus instituciones, quienes al crear instancias de reparación, ven su trabajo valorado y dimensionado a nivel personal.
- Generación de un espacio de intercambio de experiencias con la comunidad sobre represión política, potenciando una cultura de respeto a los Derechos Humanos.

Análisis de factores que facilitaron u obstaculizaron la experiencia

La existencia de una relación fluida y de larga data entre la Agrupación de familiares de Detenidos desaparecidos y ejecutados políticos con el Equipo PRAIS Araucanía Sur, que está basada en la confianza mutua, hizo que el trabajo y la asignación de tareas se diera de forma espontánea y horizontal.

Además, es posible dar cuenta de un Interés y compromiso profesional y personal del Equipo PRAIS con la tarea, al cumplir con los objetivos de atención directa y responder a la demanda asistencial. Sin embargo, esto se transforma en una dificultad por tener escasa flexibilidad laboral, debiendo participar de varias actividades, fuera del horario laboral. Esto, por cuanto existen escasas horas programadas para Trabajo Comunitario, y la participación en la Muestra Visual no formó parte de la planificación anual del programa, teniendo el equipo que ir adaptándose a la demanda del momento y a la contingencia. Esto plantea un desafío al equipo, en tanto, ganar espacios que permitan asumir compromisos con la comunidad desde la institucionalidad, resulta prioritario para cumplir con el objetivo de la Reparación.

En lo relativo a los recursos financieros con los que cuenta el programa PRAIS, no existe un ítem asignado a apoyar a las organizaciones de usuarios, sin embargo, la posibilidad de contar con espacio e infraestructura adecuada para desarrollar reuniones y elaboración de la muestra, da cuenta de un compromiso institucional del Programa y del Servicio de Salud Araucanía Sur.

Análisis del Impacto en el equipo PRAIS, los usuarios y la Comunidad

Participar en la muestra visual implicó desarrollar una experiencia nueva para el equipo, en una relación horizontal y colectiva trabajando desde la necesidad de los usuarios. Si bien la iniciativa de realizar esta muestra visual partió desde la Agrupación, el PRAIS decide participar facilitando el

espacio de reunión y coordinación. A medida que transcurre el tiempo, esta primera necesidad va transformándose en una colaboración y participación activa en la toma de decisiones y ejecución de las actividades desarrolladas.

Existe conciencia de la importancia de construir un trabajo colaborativo entre los distintos actores que participan, en un marco ético y doctrinario con respeto irrestricto a los Derechos Humanos. Es por esto que quienes participan de la planificación y ejecución de la experiencia cuentan entre sus competencias específicas con conocimientos en terrorismo de Estado, traumatización extrema, daño transgeneracional, memoria histórica y salud mental comunitaria.

Ahora bien, para que una experiencia de este tipo sea sostenible tiene que existir un compromiso de gestión por parte de la comunidad, y no sólo desde la institucionalidad. Asimismo, que los equipos de reparación consideren en su planificación actividades comunitarias de rescate a la memoria otorgándole prioridad no solo a los aspectos clínicos de las intervenciones, sino también integrando una mirada comunitaria. Del mismo modo, el equipo reconoce que mantener una coordinación intersectorial con distintos actores de la comunidad para fomentar el trabajo colaborativo, resulta fundamental para alcanzar los objetivos de reparación propios del programa.

Por su parte, los usuarios señalan sentirse reconocidos como víctimas de la violación de sus derechos por parte del Estado. El acto de personalizar a la víctima mediante la búsqueda de la fotografía, historia de vida y estado de la causa judicial, implicó para la familia no sólo revisar la vivencia pasada, sino también los desafíos en la búsqueda de verdad y justicia. Esta actividad permitió el reencuentro con usuarios que no habían recibido atención en los últimos años por parte del programa. Se fortaleció la relación con la Agrupación de familiares de Detenidos Desaparecidos y Ejecutados Políticos.

Las víctimas de la represión política, entre ellos sobrevivientes y familiares de ejecutados políticos y detenidos desaparecidos, y miembros de la comunidad, que asisten a la exposición, reconocen públicamente el compromiso del Equipo PRAIS, más allá de su rol como parte del Estado. Al mismo tiempo reconocen el Rol de reparación desde el Estado y reciben con esperanza el compromiso en los procesos de Memoria y Justicia.

Referencias bibliográficas

- Winn, P.; Stern, S.; Lorenz, F; y Marchesi, A. (2014). No Hay Mañana sin Ayer. Batallas por la Memoria en el Cono Sur. LOM Ediciones. Chile.
- Norma Técnica Para la Atención de personas Afectadas por la Represión Política Ejercida por el Estado en el Período 1973-1990.
- Informe de la Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación. 1991.
- Archivos de la Agrupación de Familiares de Detenidos Desaparecidos y Ejecutados Políticos de la Región de la Araucanía.

Mesas de Trabajo

Mesa

3

“Desarrollo de Equipos para el Trabajo en
Salud Mental Comunitaria”



Trabajo N° 1

Articulando la Academia con la Intervención Comunitaria en Salud Mental: Experiencia desde una perspectiva de Derecho

Autores: Cristian Valderrama N.¹, Saulo Guzmán G.¹, Roxana Zolezzi G.¹, Rodrigo Vera A.¹, Pamela Seguel M.¹, Daniela Palma C.¹, Juan Pino M.¹

1 Terapeuta ocupacional; Escuela de Terapia Ocupacional, Universidad Andrés Bello, Sede Concepción

1. Antecedentes contextuales

Esta experiencia se desarrolla en el marco de un convenio docente asistencial, que nace el año 2012, entre la Universidad Andrés Bello (UNAB), sede Concepción y el Servicio de Salud Talcahuano (SST). Este convenio estableció que la Universidad Andrés Bello fortaleciera los diversos dispositivos de la red de salud mental incorporando nuevas perspectivas y disciplinas. Ésta se materializa a través de profesionales con funciones asistenciales, especialmente terapeuta ocupacional, dado que en dichos dispositivos no contaban con este Recurso Humano en sus dotaciones.

Progresivamente la incorporación se realizó en la siguiente secuencia; en el año 2012, 1 TO jornada completa en la Unidad de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria del Hospital de Tome y 1 TO jornada completa en el Hospital de Día del Hospital Penco-Lirquén; en el año 2013, 1 TO media jornada en la Unidad de Salud Mental Ambulatoria (especialidades) del Hospital Penco-Lirquén, 1 TO jornada completa para el Centro de Rehabilitación Diurno y la Comunidad Terapéutica de Alcohol y Drogas del Hospital Las Higueras; el año 2014, 1 TO Unidad de Salud Mental y psiquiatría infanto-juvenil del Hospital Las Higueras. Conformando un aporte total de 5 profesionales terapeutas ocupacionales, quienes trabajan en la construcción de un equipo profesional más diverso para la red.

El proyecto educativo de la Escuela de Terapia Ocupacional de la UNAB se plasma en la formación de terapeutas ocupacionales de excelencia, con un alto compromiso social, propositivos y con pensamiento crítico desde una formación valórica y ética sustentada en los Derechos Humanos y el respeto a la diversidad, orientado a promover el bienestar de las personas y sus comunidades a través de la ocupación humana, con su foco en los grupos vulnerados, personas en situación de discapacidad o con problemáticas en el desempeño ocupacional, contribuyendo de esta manera a una sociedad más participativa, justa y democrática. Considerando lo anterior, es que se establece una alianza cuya sintonía y práctica está pensada para mejorar y aumentar el acceso a prestaciones, aumentar y mejorar la cobertura de atención, conformar y fortalecer los equipos de salud mental e incorporar

nuevas estrategias de Rehabilitación Psicosocial, con mayor fortalecimiento en la participación de los usuarios y sus familias, con un enfoque basado en los Derechos Humanos y su impacto en lo comunitario.

2. Justificación de la experiencia

El Servicio de Salud Talcahuano tiene una red de Servicios de Salud mental, integrada a la red sanitaria general y distribuida territorialmente. Con el enfoque de Salud Familiar y Comunitaria busca otorgar un acceso y flujo expedito para la mejor atención de su población¹. En cuanto al trabajo comunitario, el SST ha impulsado fuertemente el desarrollo de agrupaciones de usuarios y familiares, autónomas y con capacidad de autogestión, basados esencialmente en los principios de la Rehabilitación con base Comunitaria (RBC). Sin embargo, se detectó a través del diagnóstico realizado por los estudiantes y profesionales TO, que existían las siguientes situaciones:

- Dificultades en la continuidad y articulación de las intervenciones desarrolladas, desde aquellos dispositivos con prácticas de naturaleza clínica y asistencial, hacia los dispositivos que desarrollan prácticas psicosociales, comunitarias y autogestionadas.
- Falta de prestaciones con enfoque comunitario para la población infanto-juvenil con problemas y trastornos de salud mental, entre las que podemos mencionar: trabajo con las escuelas, trabajo con y para las familias, y de integración sensorial.
- Falta de recursos humanos en algunos dispositivos de la red de salud mental del SST para desarrollar la rehabilitación psicosocial comunitaria y acciones de inclusión social a través de la intersectorialidad.

Una vez expuesta esta situación a los equipos de trabajo, se analizaron los elementos que podrían favorecer la implementación de actividades comunitarias en unidades hospitalarias. Entre estas se pueden mencionar:

- Equipos de trabajo abiertos a propuestas del orden de lo comunitario y a la incorporación del profesional TO.
- Contar con la presencia sistemática de estudiantes de 4º y 5º año que desarrollan el diagnóstico situacional.
- Interés en incorporar prácticas dando énfasis al enfoque de derechos y el ejercicio de la ciudadanía.
- La red de salud mental del SST promueve el trabajo comunitario en todos los niveles de atención de ésta.

Entre las posibles condiciones que obstaculizaban realizar un trabajo comunitario por parte de los

1. Información extraída de la web: http://www.ssttalcahuano.cl/programas_salud_mental_objetivo.php, con fecha 03 de noviembre 2014

equipos, podemos mencionar:

- a) No contar con los recursos necesarios, como movilización por parte de la Unidad para las acciones en organizaciones comunitarias, en la Universidad, Municipalidad, etc.
- b) Falta de horas de recursos humanos para destinar a estas acciones.
- c) Prácticas guiadas esencialmente por lógicas biomédicas y asistencialistas.

Considerando todos estos elementos se inicia una serie de acciones para potenciar, fortalecer e instalar prácticas comunitarias en los equipos de salud mental de la red del Servicio de Salud Talcahuano en los cuales se materializó la alianza, a través de las acciones de intervención desarrolladas por los terapeutas ocupacionales de la UNAB y sus equipos.

Cabe destacar que esta experiencia presenta una nueva y coordinada alianza entre el mundo académico y el mundo asistencial, que concuerdan con una perspectiva comunitaria sobre el fenómeno de la salud mental y de esta forma puede contribuir a la atención de las personas en situación de discapacidad psíquica, a la vez que los involucra como sujetos de derechos y protagonistas de sus propios procesos de rehabilitación e inclusión social.

3. Objetivos de la experiencia

- Incorporar un enfoque de derechos y social en las prácticas de Rehabilitación Psicosocial Comunitaria desarrolladas por los equipos de salud mental.
- Promover una estrategia colectiva, conformada por los docentes, estudiantes, sujetos de atención, familiares, comunidad y equipos de salud mental para el desarrollo de acciones dirigidas a la inclusión social.
- Fortalecer los vínculos de los equipos de salud mental, los sujetos de atención y sus familias con el intersector local y territorial.

4. Fundamentos teóricos

Los conceptos teóricos en los cuales se sustenta la experiencia son: enfoque basado en derechos, enfoque comunitario e intersectorialidad.

4.1 Enfoque basado en derechos

Para Hernández y Fuentes (1991), los derechos humanos son los que las personas tienen por su calidad humana. Pero es el Estado el que los reconoce, los plasma en la Constitución, asumiendo así la responsabilidad de respetar esos derechos a fin de que cada individuo viva mejor y se realice como tal.

Por otra parte, Abramovich (2006) plantea que, en líneas generales, el enfoque basado en derechos considera que el primer paso para otorgar poder a los sectores excluidos es reconocer que ellos son titulares de derechos que obligan al Estado. Por tal razón lo fundamental es el reconocimiento por

parte del Estado de las personas en situación de discapacidad mental o psíquica, como sujetos de derecho. Es importante señalar que el rol del Estado corresponde a generar condiciones jurídicas, estructurales y simbólicas para el reconocimiento de las personas en situación de discapacidad mental o psíquica. Con ello no quiere decir que otros actores no sean convocados a promover y proteger el ejercicio de los derechos de las personas en situación de discapacidad; en tal sentido, esta experiencia se enmarca en una relación de lo público y privado en sintonía y sinergia con el respeto a los derechos humanos de los sujetos de intervención.

En Chile, luego de la adscripción a la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, surge la ley 20.422 la cual establece “Normas sobre la Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad”, esta ley entró en vigencia el 10 de febrero 2010, (SENADIS, 2010). En relación a la experiencia desarrollada es posible señalar que se adscribe a los siguientes derechos proclamados en la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad: Derecho a la Salud (art. 25), Derecho a la Habilitación y Rehabilitación (art. 26), Derecho a la Participación en la Vida Cultural, las actividades recreativas, el esparcimiento y el deporte (art. 30).

4.2 Enfoque Comunitario

El enfoque comunitario, desarrollado por Martínez (2006), refleja una opción epistemológica que considera una perspectiva amplia y por tanto aplicable a una gran diversidad de ámbitos y disciplinas que tienen por preocupación la comunidad. Éste enfoque tiene una particular preocupación por los mundos compartidos, por los sistemas naturales en donde viven y habitan las personas, también tiene una preocupación por los diálogos, conversaciones y articulación que se gestan entre las esferas institucionales y las esferas comunitarias, de ahí la relevancia de la utilización para la práctica propuesta en el trabajo desarrollado.

4.3 Intersectorialidad

Esta experiencia se enmarca a partir de una alianza entre el mundo de la educación superior y los equipos de salud mental de la red de salud mental del SST, la cual ha permitido el diálogo entre ámbitos que generalmente trabajan de forma independiente, con el propósito mutuo de desarrollar prácticas comunitarias, participativas e inclusivas en conjunto con los sujetos de intervención y sus familias.

El Plan Nacional de Salud Mental (2000) como un instrumento técnico normativo, fomenta el trabajo comunitario, intersectorial y ambulatorio. Por otro lado, establece como criterio de calidad, que la atención se realice fuera de los espacios y establecimientos de salud, argumento suficiente para incorporar espacios comunitarios e intersectoriales para el desarrollo de esta experiencia.

Por último, la presencia de un convenio docente asistencial UNAB- SST de carácter indefinido proporciona las condiciones ideales para desarrollar un trabajo a largo plazo, que favorezca los procesos de intervención de los usuarios, tal como lo recomienda CEPAL (2011), es fundamental institucionalizar la colaboración interinstitucional por medio de convenios formales, requisito que conlleva, a su vez, la necesidad de contar con herramientas legales que posibiliten su establecimiento y faciliten su puesta en práctica y control.

5. Metodologías

Además de incorporar al profesional TO en cada dispositivo señalado, se sumaron la presencia de estudiantes de 4º y 5º año de la carrera. Los estudiantes de 4º año realizan una pre-práctica de 16 semanas, de 2 horas pedagógicas cada una, por semestre y los internos de 5º año rotaciones de 9 semanas a horario completo. Para ambos casos los estudiantes, guiados y tutorados por el terapeuta ocupacional deben desarrollar un diagnóstico situacional, metodología eminentemente cualitativa, que consiste en identificar las posibles situaciones y relaciones que inciden en la producción de un “problema”. Implica evaluar contexto, recursos, dificultades, etc., de manera de delimitar las posibilidades de acción. La construcción del “problema” se realiza considerando al sujeto (comunidad, colectivo, grupo, familia o individuo) formando parte de un contexto institucional y sociohistórico.

Para la recolección de datos, el diagnóstico situacional se construye a partir de técnicas como entrevistas semiestructuradas a los sujetos de intervención, integrantes del equipo o cualquier actor que se considera clave para el proceso. Se utiliza la observación participante, en los espacios cotidianos y naturales de los sujetos de intervención, por eso se realizan visitas domiciliarias, a escuelas u otros. Se desarrolla la revisión de material escrito de las unidades que describan la historia, tipos de prácticas desarrolladas previamente, etc.

Cada diagnóstico situacional incluye una propuesta de Intervención, que considera un análisis y problematización de los datos, un fundamento teórico de la solución, la situación esperada y un análisis de proceso y resultados

El proceso dialéctico e indisoluble de diagnóstico-intervención son compartidos con los equipos para asunción de responsabilidades y ejecución de ésta.

6. Resultados

Los resultados posibles de identificar, son los siguientes:

- Desarrollo de una serie de talleres grupales, caracterizados por el sentido y significado que le entregan los propios sujetos de intervención, entre los cuales podemos señalar:
 - **Taller Ecosocial** con usuarios y familiares, en el cual se rescata el saber popular con respecto a las propiedades curativas y paliativas de plantas comunes
 - **Taller de Mosaico**, desarrollado para fortalecer la autogestión y cohesión social y el desarrollo de habilidades.
- Utilización permanente de espacios habilitados adecuadamente para intervenciones específicas en población infanto-juvenil, como es el caso del Taller de Integración Sensorial ubicado en la sede de la Universidad, al cual acceden niños y adolescentes y sus familiares o cuidadores pertenecientes a los hospitales de Lirquén, Tomé y Las Higueras. Algunos de ellos se trasladan por cuenta propia, otros son trasladados por el equipo de salud mental móvil del SST.
- Articulación de red comunitaria para favorecer la inclusión intersectorial de usuarios y familiares

a nivel local, ocupando espacios de convivencia comunitaria como Gimnasios Municipales y OMILs.

- Creación de grupos de autoayuda y organizaciones sociales.

7. Impacto

Esta experiencia articuladora entre el mundo académico y la red de salud mental está pensada principalmente desde el aporte que entrega al bienestar de los sujetos de intervención, como sujetos de derecho, en tal sentido, podemos mencionar que los impactos son los siguientes:

- Mayor participación de los usuarios y sus familias en los procesos de intervención como agentes activos en el tratamiento, rehabilitación e inclusión, identificando y activando sus propias fortalezas y recursos.
- Reconocimiento por parte de los usuarios y sus familiares, de ser sujetos de derecho y la valoración de lo cotidiano y lo comunitario como un espacio de rehabilitación e inclusión social favorable.
- Mejoras en el bienestar subjetivo y relacional que promueve un bienestar clínico.
- Desestigmatización en los espacios cotidianos y comunitarios locales, lo que promueve la inclusión social.

8. Desafíos

Los desafíos están enfocados en la posibilidad de formar y capacitar a los equipos de salud mental en temas como: intervención psicosocial comunitaria, enfoque de derechos y políticas públicas, gestión y articulación de redes sociales.

Referencias Bibliográficas

1. MINSAL. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, Chile. 2000.
2. Hernández M, Fuentes R. Hacia Una Cultura de los derechos Humanos. Serie Folletos de la Comisión Nacional de derechos Humanos. México 1991.
3. Víctor Abramovich, Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. Revista de la CEPAL, p. 35 – 50. 2006.
4. Martínez V. El desafío de incorporar a las comunidades en las intervenciones sociales. Chile, 2006.
5. CEPAL, Protección social inclusiva en América Latina. Una mirada integral, un enfoque de derechos, Chile, 2011.
6. ONU, Convención Internacional para los derechos de las personas con discapacidad, 2006.

Trabajo N° 2

Control grupal de pacientes post alta

Autores: Jaqueline Sánchez B.¹, Silvia Venezian B.¹, Margaret Viola B.², Claudio Cárdenas M.³

1 Psiquiatra; Servicio de Salud Mental y Psiquiatría Hospital de Castro. X región. Chiloé, Chile

2 Enfermera; Servicio de Salud Mental y Psiquiatría Hospital de Castro. X región. Chiloé, Chile

3 Ingeniero; Servicio de Salud Mental y Psiquiatría Hospital de Castro. X región. Chiloé, Chile

Problema que motivó el desarrollo de la experiencia

La imposibilidad de realizar seguimiento por médico psiquiatra y psicólogo en el periodo de post alta inmediata, luego de la hospitalización de causa psiquiátrica. La insuficiencia de horas de médicos psiquiatras y profesionales, hacían imposible evaluar de forma seriada la evolución clínica de los pacientes post alta y su proceso de reinserción en sus familias y la comunidad.

Esto se traducía en controles muy tardíos y distanciados, perdiéndose la oportunidad de realizar ajustes farmacológicos y la optimización del uso de recursos psicosociales en la recuperación y reinserción familiar y social del paciente. Además, frecuentemente los pacientes abandonaban los tratamientos farmacológicos debido a los efectos adversos y en ocasiones se perdía la continuidad global del tratamiento, haciendo más difícil y tardía la recuperación de los pacientes.

Objetivos de las acciones realizadas

- Evaluar en forma seriada durante cuatro semanas a los pacientes post alta de hospitalización psiquiátrica.
- Evaluar y ajustar tratamiento farmacológico; manejar efectos adversos; monitorizar su uso.
- Evaluar el riesgo y necesidad de re hospitalización.
- Realizar psicoeducación a los pacientes, respecto del proceso de enfermedad y recuperación.
- Coordinar con las diferentes redes de la comunidad para garantizar la asistencia de paciente y familias a los controles.
- Fortalecer el vínculo terapéutico y la construcción de un espacio contenedor y protector para el usuario.
- Realizar psicoeducación a familiares con respecto al proceso de enfermedad, recuperación, tratamiento y cuidados personales de los pacientes.

Metodología

Esta experiencia se desarrolla en un contexto de atención abierta de nivel secundario. Consiste en 4 sesiones grupales conducidas por 2 equipos multidisciplinarios de psiquiatra y psicólogo. Los grupos funcionan de forma abierta: los que completan las atenciones se retiran, pasando a otras instancias de atención y, constantemente, van llegando pacientes nuevos al grupo. Las sesiones tienen una duración de 2 horas y consisten en diálogos semiestructurados con cada paciente, en las cuales se explora el sentir subjetivo del paciente luego del alta, la adherencia a terapia farmacológica, los posibles efectos adversos, el estado psicopatológico y su proceso de reinserción familiar y social. También se explora las expectativas que los pacientes tienen del tratamiento y la adherencia al mismo, además de potenciar el vínculo con el equipo tratante.

Otro aspecto es la psicoeducación que realiza tanto el equipo tratante como los mismos usuarios, al comentar la evolución de sus síntomas y su propia comprensión y significación de su proceso de enfermedad.

Además, el equipo, en coordinación con enfermera y asistente social, realiza todo tipo gestiones con las redes de la provincia (municipalidades, gobernación y atención primaria) para asegurar la continuidad de la atención y potenciar la reinserción comunitaria a través de los recursos económicos que aportan.

Al momento del alta se agendan 4 controles, una vez por semana. Ingresan hasta 8 pacientes en forma simultánea y se sientan en sillas dispuestas en forma circular. Un miembro del equipo tratante inicia el diálogo, mientras el otro escribe (en ficha clínica), escucha y coopera en el diálogo. Se les da la bienvenida, se acogen; se hace una pequeña introducción respecto de los objetivos y la forma, se aclaran las dudas o aprehensiones de los usuarios, luego comienza la conversación uno por uno. Los pacientes pueden preguntar u opinar respecto de sí y de otros. Esto hace más llevadera esta primera etapa al lograr que los usuarios se den cuenta que cada persona vive procesos similares y que estas experiencias son también compartidas.

En general, a los que completan las 4 sesiones se les pide una evaluación de ellas y una recomendación para los demás integrantes del grupo. El espacio transcurre entre preguntar, escuchar, psicoeducar desde lo concreto, empatizar, contener, dar un marco de espacio y tiempo a la recuperación. Paralelamente, en otra sala, una dupla enfermera/asistente social realiza psicoeducación a los familiares de los pacientes permitiendo así un abordaje integral de paciente y familia que facilite la recuperación y la inserción en la comunidad.

En cuanto a la metodología usada en estas sesiones grupales podemos agregar que el proceso estadístico que utilizamos para obtener la información se hizo a partir de la base de datos original haciendo un proceso de depuración de información utilizando como criterio de selección excluyente sólo los registros que contaban con la información de edad y sexo, siendo esta nuestra población de estudio.

Se realiza un análisis usando herramientas estadísticas de exploración de datos (E.D.A.: Exploratory data analysis), utilizando medidas de centralización, proporciones y gráficas de cuartiles (Gráficos de Caja).

En lo referente al análisis de proporciones de pacientes, y medias de sesiones se realiza a través de tablas de contingencia que relacionan el sexo y grupo etario, obteniendo el porcentaje de pacientes, o la media de sesiones a las que asisten, según corresponda a cada cruce de datos.

Resultados

Tabla de contingencia SEXO * TRAMO ETAREO POSTAL TA AÑO 2012

			TRAMO ETAREO				Total
			15 a 20 años	21 a 30 años	31 a 40 años	41 a 50 años	
SEXO	HOMBRE	Recuento	3	5	7	0	15
		% del total	5,3%	8,8%	12,3%	,0%	26,3%
	MUJER	Recuento	13	11	12	6	42
		% del total	22,8%	19,3%	21,1%	10,5%	73,7%
Total		Recuento	16	16	19	6	57
		% del total	28,1%	28,1%	33,3%	10,5%	100,0%

Tabla de contingencia SEXO * SESIONES POSTAL TA 2012

			SESIONES					Total		
			1,00	2,00	3,00	4,00	5,00		6,00	7,00
SEXO	HOMBRE	Recuento	8	3	2	1	0	1	0	15
		% del total	14,0%	5,3%	3,5%	1,8%	,0%	1,8%	,0%	26,3%
	MUJER	Recuento	12	5	5	3	4	12	1	42
		% del total	21,1%	8,8%	8,8%	5,3%	7,0%	21,1%	1,8%	73,7%
Total		Recuento	20	8	7	4	4	13	1	57
		% del total	35,1%	14,0%	12,3%	7,0%	7,0%	22,8%	1,8%	100,0%

Tabla de contingencia SEXO * TRAMO ETAREO POSTALTA 2013

			TRAMO ETAREO					Total
			15 a 20 años	21 a 30 años	31 a 40 años	41 a 50 años	Mas de 50	
SEXO	HOMBRE	Recuento	5	3	3	7	6	24
		% del total	5,7%	3,4%	3,4%	8,0%	6,8%	27,3%
	MUJER	Recuento	16	10	20	15	3	64
		% del total	18,2%	11,4%	22,7%	17,0%	3,4%	72,7%
Total		Recuento	21	13	23	22	9	88
		% del total	23,9%	14,8%	26,1%	25,0%	10,2%	100,0%

Tabla de contingencia SEXO * SESIONES POSTALTA 2013

			SESIONES							Total	
			1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	6,00	7,00		9,00
SEXO	HOMBRE	Recuento	8	1	5	8	0	0	2	0	24
		% del total	9,1%	1,1%	5,7%	9,1%	,0%	,0%	2,3%	,0%	27,3%
	MUJER	Recuento	23	10	10	9	6	2	2	2	64
		% del total	26,1%	11,4%	11,4%	10,2%	6,8%	2,3%	2,3%	2,3%	72,7%
Total		Recuento	31	11	15	17	6	2	4	2	88
		% del total	35,2%	12,5%	17,0%	19,3%	6,8%	2,3%	4,5%	2,3%	100,0%

(Solo se informa los años 2012, 2013 dado que del 2014 solo se procesó información hasta el mes de julio).

Logros obtenidos

- Mejor adherencia a los controles a largo plazo (paciente no se pierde), potenciando el vínculo con el equipo tratante.
- Mejor adherencia al tratamiento farmacológico.
- Mejor manejo de los efectos adversos y resistencias.
- Poder observar la evolución psicopatológica de los pacientes.
- Observar el proceso de retomar sus vidas cotidianas y sociales; otorgar apoyo emocional, cognitivo y concreto durante el primer período.

Condiciones facilitadores de la experiencia

- Disposición de los profesionales del equipo de salud mental para realizar terapias grupales.
- Existencia de espacio físico adecuado
- La gestión de redes que facilita que el paciente pueda asistir.
- El compromiso del grupo familiar -aun impactados por la reciente hospitalización- de traer y asistir con sus familiares, para favorecer la remisión y estabilidad.
- La positiva evaluación subjetiva de los pacientes de mantener contacto más estrecho con el equipo de profesionales de los cuales recibe atención.
- El apoyo de las Unidades de Farmacia y DOMU, ya que significa mucho más trabajo, en términos de despacho de fármacos (semanales) y preparación de fichas.

Factores obstaculizadores de la experiencia

- Uno de los factores que influye en la obstaculización de la actividad grupal es la resistencia natural de los pacientes a la exposición grupal. Por otro lado, algunas expresiones muy histriónicas requieren mayor manejo grupal.
- Las aprehensiones y resistencia de algunos profesionales frente a trabajar con pacientes en forma grupal.
- En ocasiones, la presencia de más de 8 pacientes por grupo.

Innovación

La innovación está dada por la implementación de atenciones grupales, con enfoque antropológico y comunitario. Para nuestra realidad local y el tipo de pacientes era una apuesta el lograr la interacción entre ellos y con el equipo tratante, en forma más abierta y dialogante. Por otro lado, lograr un seguimiento semanal era novedoso, lo cual, asociado al hecho que al alta se agenda horas de control para los 45, 60 y 90 días, nos asegura un seguimiento protocolizado de, al menos, durante 3 meses continuos.

La continuidad del contacto con los equipos tratantes mejoró la evaluación de confianza y seguridad del paciente respecto de la atención en salud mental. Este contacto personalizado con el equipo tratante durante el periodo crítico y proceso de reinserción del paciente a su vida familiar, laboral, comunitaria, permitió identificar factores que facilitan el proceso y que dificultan el avance; especialmente, ha permitido a los pacientes valorar sus propios procesos y recursos al compartirlos con sus iguales.

Impactos

La disminución de las re-hospitalizaciones de algunos pacientes con patologías graves logrando

estabilización en el tiempo.

Lo más importante ha sido la evaluación positiva por parte de pacientes y familiares respecto de la contención que reciben durante este periodo crítico. Además, valoraron las gestiones en red realizadas, permitiendo que su estabilización sea integral.

Los usuarios, por un lado, han valorado la contención y el empoderamiento respecto de su propia enfermedad y el tratamiento. Por otro lado, los familiares de los pacientes valoran positivamente la experiencia, al ser una instancia donde logran resolver inquietudes de cómo poder ayudar a su familiar y lograr adherencia al tratamiento. Han aprendido más sobre las patologías que padecen los pacientes y cómo manejar las descompensaciones y crisis que presentan.

Desde las unidades de hospitalizados y de urgencia se valora la disminución de las rehospitalizaciones y de las intoxicaciones por fármacos.

Desafíos

El principal desafío consiste en consolidar al Equipo de Salud Mental del Hospital de Castro en el abordaje grupal tanto para el tratamiento en atención secundaria, como en traspasar dicha experiencia para la atención en redes (hospitales de menor complejidad y atención primaria).

Trabajo N° 3

Desintoxicación Alcohólica en el Hospital Comunitario de Queilen-Chiloé desde un Modelo de Salud Integral

Autores: Arnaldo Aracena N.¹, Mabel Aburto S.¹, María Teresa Soto G.²

1 Psicólogo; Hospital Comunitario de Queilen, Chiloé

2 Asistente social; Hospital Comunitario de Queilen, Chiloé

Introducción

En Chiloé, al igual que en todo Chile, se presenta un alto consumo de alcohol. Las tradiciones chilotas le dan un lugar privilegiado a la chicha de manzana, un fermentado de baja graduación alcohólica, que se produce en grandes cantidades y artesanalmente en el comienzo del otoño y se consume durante todo el año, aumentando su etilicidad con el paso del tiempo.

SENDA (2011) señala que el 7% de la población chilena presentaría un consumo perjudicial o dependencia al alcohol. A su vez, tanto el equipo de salud como la comunidad de Queilen, a través de distintos diagnósticos participativos, han identificado al “alcoholismo” como uno de los principales problemas sociales y de salud de los distintos sectores rurales y urbanos de la comuna.

La rehabilitación alcohólica en Chiloé no tiene mucho recorrido institucional. El Servicio de Salud fue creado hace 7 años y existe una muy baja oferta de salud no gubernamental o privada. Además, se da en un contexto particular, dado por su insularidad, geografía, clima, cultura e historia. Todo lo cual complejiza su abordaje.

Hasta el año 2011, la provincia de Chiloé no contaba con un centro de salud -tanto en la red pública como privada- que realizara desintoxicación alcohólica. Por lo tanto, una alta cantidad de consultantes con dependencia al alcohol y que presentaban síndromes de abstinencia en distintos niveles al interrumpir su consumo, no recibían el tratamiento adecuado en una primera etapa, lo que provocaba que hubiera una baja adherencia al mismo. Sobre todo considerando que un alto porcentaje vive en sectores rurales lejanos y poco conectados a la cabecera comunal donde están los centros asistenciales.

Es así como en Queilen, una de las comunas más pequeñas de la provincia de Chiloé, el equipo de salud del hospital comunitario decide incluir la desintoxicación alcohólica hospitalaria en su cartera de servicios, en un esfuerzo por ofrecer un tratamiento integral para la rehabilitación del consumo problemático de alcohol, desde un enfoque biopsicosocial, con participación de la comunidad -mediante la incorporación formal en el equipo de un monitor y orientador en alcoholismo, perteneciente al Club Rehabilitador de Alcohólicos de Queilen, permitiendo un acompañante 24 horas para cada usuario-, y

con acciones de capacitación y sensibilización a los funcionario/as del Hospital.

Queilen, es una comuna de 5.138 habitantes, ubicada a 67 km al sureste de Castro, la capital provincial. Cuenta con un centro urbano, dieciocho centros poblados rurales y dos centros poblados insulares. La conexión interna es muy dificultosa debido a las malas condiciones de los caminos, lo que es aún peor en temporada de lluvias, que se presentan durante gran parte del año. Además, no existe locomoción colectiva que conecte los sectores rurales con la cabecera comunal. En el caso de las islas, su conexión es de dos días a la semana mediante transporte colectivo y sólo si las condiciones climáticas lo permiten.

El Hospital Comunitario de Queilen cubre toda la demanda de atención cerrada, siendo, además, el único establecimiento comunal que entrega atención médica de urgencia, con turno de llamada las 24 horas. Cuenta también con un policlínico adosado que brinda prestaciones de atención primaria. Su dotación actual es de 52 funcionarios. Al interior de la comuna se constituye como el centro de referencia para las 8 postas de salud rural, administradas por la corporación de salud municipal.

Desarrollo de la experiencia

El hospital de Queilen, desde el año 2012, se encuentra acreditado como un hospital de la familia y de la comunidad, desde ahí que ha venido transformando y construyendo sus diversos procesos hacia un modelo de atención integral de salud.

MiINSAL (2012) define el Modelo de Atención Integral de Salud como “Un Modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de la necesidad de los usuarios”

Desde esa mirada teórica y metodológica, nos planteamos el desafío de que la desintoxicación alcohólica fuera parte de un tratamiento integral y no una prestación biomédica aislada del proceso de rehabilitación, ni mucho menos “el” tratamiento o solución.

Hasta ese entonces, el trabajo médico y el trabajo psicosocial estaban claramente diferenciados. Los 3 médicos otorgaban atenciones ambulatorias principalmente para el manejo farmacológico de los síntomas del síndrome de abstinencia y el uso de sensibilizantes al alcohol (disulfiram), los que se entregaban con controles diferidos en varios meses para las pocas personas que adherían a tratamiento. Y los profesionales del área psicosocial, 1 psicólogo y 1 asistente social, realizaban intervenciones individuales y familiares, y visitas domiciliarias integrales, a las que se fue sumando paulatinamente una persona rehabilitada.

Tras las primeras hospitalizaciones hubo quejas y actitudes de desaprobación de algunos funcionario/as que trabajan en el servicio de hospitalizados al recibir a conocidos consumidores de alcohol de la comuna, con serios problemas de dependencia: “si ese ya no tiene remedio” “yo no sé pa’ qué lo traen”. En especial cuando se trataba de recaídas. Surge entonces la iniciativa de realizar un taller vivencial con apoyo de monitores y orientadores en alcoholismo “rehabilitados”,

quienes comparten su experiencia en el proceso de rehabilitación, a la vez que los funcionarios van contactándose, reflexionando y conversando acerca de sus experiencias y percepciones en relación al alcoholismo, partiendo de la premisa de que todos tenemos o hemos tenido en nuestras vidas a algún familiar o persona querida con problemas con el consumo de alcohol. Este taller marca “un antes y un después”. Se genera un protocolo construido participativamente, definiendo en lo medular: a) este trabajo lo hacemos entre todos: cada conversación o actividad puede ser un acto terapéutico en sí; b) es urgente y prioritario: se debe acoger en forma inmediata, con sobrecupo o atención de urgencia, al usuario/a que solicite ayuda por esta temática; c) las recaídas son parte del proceso: evitar mostrar la frustración que pudiera generar una recaída para el equipo de salud, nunca hay últimas oportunidades.

Paralelamente, el hospital formaliza el apoyo a las personas rehabilitadas de la comuna, prestando su asesoría técnica para la conformación del Club Rehabilitador de Alcohólicos de Queilen “Unión Esperanza”, junto a los cuales se desarrollan diversas actividades preventivas y de rehabilitación, realizando peñas sin alcohol, programas radiales y televisivos, charlas en liceo y educaciones en rondas de salud, entre otras. En el ámbito de la rehabilitación, las derivaciones son mutuas: el hospital deriva al club y viceversa. Sus socios tienen un rol muy importante en la “cadena solidaria”, en donde los que llevan más tiempo van ayudando a los que recién comienzan mediante un grupo de autoayuda. Algunos de ellos han participado en cursos de orientadores y monitores en alcoholismo y visitan a los usuarios hospitalizados.

Ya lanzados en esta iniciativa, y en busca de sumar más personas que complementarían lo que se realizaba en y desde el hospital, con un equipo que no tenía especialización y que, además, cumplía múltiples otras funciones, se incorpora formalmente, mediante compra de servicios, a un monitor y orientador en alcoholismo (sin estudios superiores y ni siquiera enseñanza básica completa) que es presidente del club rehabilitador de alcohólicos de la comuna, con funciones en el acompañamiento motivacional del usuario hospitalizado y visitas domiciliarias de seguimiento y rescate.

La hospitalización incluye las siguientes prestaciones:

- Evaluación médica.
- Exámenes de laboratorio.
- Contención farmacológica de ser necesario (en base a Escala CIWA-Ar).
- Visita diaria de psicólogo/a.
- Visita diaria de monitor OH.
- Sesiones familiares.

Resultados

A la fecha, en el Programa de Prevención y Rehabilitación del Consumo Problemático de Alcohol del Hospital hay 67 usuarios bajo control.

Los egresos hospitalarios por desintoxicación alcohólica se han mantenido estables y con

tendencia al alza en los últimos tres años y constituyen un 12,4% del total:

Tabla n°1

Egresos	2011	2012	2013	Promedio
Total	33	34	39	35

El tiempo de estadía de cada hospitalización también se ha mantenido estable:

Tabla n°2

	2011	2012	2013	Promedio
Días	68		66	.6

Una revisión estadística a septiembre 2014 de los egresos hospitalarios por desintoxicación alcohólica del año 2013 de usuarios de la comuna, correspondientes a 28 personas(ver gráfico n°1), arroja como resultado que el 54% ha reducido su consumo o se mantiene abstinentes, un 61% se mantiene adherente a tratamiento. Del 36% que no presenta adherencia al tratamiento no se tiene información, es necesario mencionar que residen en sectores rurales aislados o insulares de la comuna, por lo que se hace dificultoso realizar actividades de rescate y/o seguimiento por parte del hospital, ya que esos sectores deberían estar cubiertos por la Corporación de Salud Municipal. En este sentido, se han hecho esfuerzos de coordinación mediante la cual se implementa una ronda de salud rural exclusiva para realizar rescate y seguimiento de los usuarios del sector rural, a la que asiste un equipo integral del hospital con chofer y vehículo del departamento de salud municipal.

Gráfico N°1



Nuestro protocolo de tratamiento ha sido aprobado por el CIRA del Servicio de Salud Chiloé y recibimos derivaciones para desintoxicación alcohólica hospitalaria de los centros de salud de las comunas aledañas Chonchi, Puqueldón y Castro.

El Hospital Comunitario de Queilen es reconocido como un centro de referencia en el tema para la provincia y ha recibido en pasantías a funcionarios de otros centros.

Conclusiones y Desafíos

Realizar desintoxicación hospitalaria en el Hospital Comunitario de Queilen no sólo dio respuesta y cubrió una necesidad imperante en la comuna y la provincia, sino que además ha sido un proceso que muestra cómo un enfoque integral en salud puede ser altamente eficaz.

Al abrir las puertas del hospital y del servicio de hospitalizados, hasta hace poco terreno exclusivo de lo biomédico, a la comunidad y a las familias, hemos logrado, tal vez sin proponérselo, que la desintoxicación hospitalaria sea un verdadero “rito de paso”, de alto significado social y emocional, que es recordado por los usuarios y sus familias como un momento crucial en su historia vital, que marca la despedida y el ingreso a una nueva etapa, y que permite un conocimiento mutuo, un buen diagnóstico, motivación y enganche terapéutico.

Se hace necesario sensibilizar y capacitar a todo el equipo de salud. Toda conversación y acto dentro de un hospital es potencialmente terapéutico. La metodología vivencial es quizá la más adecuada para derribar las barreras y prejuicios, mediante el reconocimiento y aceptación de las propias vivencias y expectativas relacionadas con el consumo de alcohol y los procesos de rehabilitación.

El desafío ahora es mantener un equipo motivado y cada vez más capacitado, que permita tener una influencia en la red provincial de salud, transfiriendo el conocimiento acumulado y buscando que la salud pública pueda hacerse cargo integralmente de la rehabilitación del consumo problemático de alcohol.

Referencias bibliográficas

- SENDA (2011). Noveno estudio nacional de drogas en población general de Chile. Boletín n°3, 4.
- MINSAL (2012). Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, 12-13.



Foto 1. Parte del equipo del Programa de Prevención y Rehabilitación del Consumo Problemático de alcohol.



Foto 2. Monitor y orientador en alcoholismo realizando visita a usuario hospitalizado.

Trabajo N° 4

“En casa es mejor”. Implementación y Experiencia de Programa de Desintoxicación Domiciliaria aplicada a usuarios con Problemas de Dependencia a Sustancias

Autores: Dr. Nelson Pérez T.¹, Carlos Lastra C.², María de los Ángeles Flores P.³

- 1 Jefe Unidades Externas de Salud Mental y Psiquiatría, Hospital Guillermo Grant B., Concepción.
- 2 Psicólogo COSAM Concepción; Equipo de Profesionales COSAM Concepción.
- 3 Enfermera COSAM Concepción; Equipo de Profesionales COSAM Concepción.

Resumen

El presente trabajo narra la implementación en COSAM Concepción de una innovación al tratamiento de usuarios con problemas de dependencia de drogas: la desintoxicación aplicada en domicilio, cuya base es la intervención del equipo de profesionales en el hábitat del usuario, orientada a lograr abstinencia en base a autocontrol y supervisión familiar directa, en personas con consumo permanente de sustancias.

Introducción

La revisión de literatura sobre intervenciones terapéuticas en personas con problema de drogas o alcohol evidencia que respecto al tema, estas estrategias de tratamiento aplicadas a salud mental y psiquiatría se han desarrollado con muy buenos resultados en países como Inglaterra, India, Estados Unidos, Australia.

Fundamentos de Hospitalización Domiciliaria:

Se ha conceptualizado como: *“Dispositivo asistencial enfocado a proporcionar en el domicilio niveles de diagnóstico y tratamiento similares a los dispensados en el hospital a través de un seguimiento intensivo protocolizado. Este servicio se prestará de forma transitoria a pacientes psiquiátricos descompensados psicopatológicamente, supervisados por uno o varios familiares responsables”.* (1)

“La aparición de nuevos fármacos, los avances de la cirugía mínimamente invasiva, el desarrollo de las tecnologías de la información, la miniaturización de aparatos y las nuevas fórmulas de gestión están modificando las actuales pautas de asistencia y van a generar en el futuro grandes cambios en el sector de

la salud y muy especialmente en la organización de los hospitales. En este contexto, se plantea la necesidad de transformar y reorganizar los sistemas y servicios de salud desarrollando diferentes programas y alternativas institucionales, ambulatorias y domiciliarias, encaminadas a mejorar la situación sanitaria” (3).

Dadas las características específicas de la Salud Mental, la utilidad de la HDM se basa en dos esquemas asistenciales:

1. Evitar ingresos, favorecer altas tempranas y proporcionar en el domicilio cuidados propios del hospital a pacientes agudos o subagudos como sustituto de la estancia en un hospital de agudos.

2. Función de soporte sobre los equipos de SM y Atención Primaria: complementar la atención de estos equipos en los casos complejos o en la gestión de los mismos. Incluye aquellos pacientes difíciles de controlar que desbordan coyunturalmente los dispositivos ambulatorios. (1)

Fundamentos de Desintoxicación Domiciliaria:

“La desintoxicación es un conjunto de intervenciones dirigidas a la gestión de la intoxicación aguda y la retirada. Denota una limpieza de toxinas del cuerpo del paciente que se encuentra gravemente intoxicado y/o dependiente de sustancias de abuso. Desintoxicación busca minimizar el daño físico causado por el abuso de sustancias. La desintoxicación por sí sola no es suficiente para el tratamiento y rehabilitación de los trastornos por consumo de sustancias”. (Traducción del compilador)(8). Los lugares de desintoxicación se clasifican en hogar, ambulatoria, de la comunidad terapéutica y las instalaciones de desintoxicación hospitalaria o especializada”. (6) (traducción del compilador)

¿Por qué la modalidad domiciliaria? La modalidad de tratamiento más indicada en salud mental siempre debe ser la “menos restrictiva, se refiere a los derechos civiles de los pacientes y su derecho a la elección de la atención. Hay cuatro temas específicos de importancia histórica y clínica: (8)

1. Los pacientes deben ser tratados en contextos lo menos perturbadores con sus derechos civiles y la libertad de participar en la sociedad.

2. Los pacientes deben ser capaces de estar en desacuerdo con las recomendaciones para el cuidado clínico. Mientras que esto incluye el derecho de rechazar cualquier cuidado en absoluto, también incluye el derecho a recibir atención en un entorno de su elección (siempre y cuando las consideraciones de peligrosidad y capacidad mental estén cubiertas). Implica el derecho de un paciente a buscar un nivel de cuidado que el clínico ha planeado superior o diferentes.

3. Los pacientes deben ser participantes informados en la definición de su plan de atención. Esta planificación debe hacerse en colaboración con sus proveedores de atención médica.”(8)(Traducción del compilador)

En los pacientes ambulatorios para desintoxicación, “los servicios están diseñados para tratar nivel de gravedad clínica del paciente y lograr abstinencia segura y confortable de drogas (incluyendo alcohol), y para facilitar la efectiva participación de los pacientes en tratamiento continuo y recuperación (ASAM 2001, American Society of Addiction Medicine)” (8).

Perfil de usuario para Desintoxicación Domiciliaria

En general en el tratamiento de adicciones la motivación debe primar sobre la coerción o indicación penal ya que se asocia a mejores resultados. Esto lo confirma Douglas “mientras los motivadores externos, como la presión de justicia penal, y, presumiblemente, la coacción, se asocian a menudo con resultados positivos del tratamiento, el papel de la motivación interna y el compromiso con el tratamiento no debe ser pasado por alto. Dado que la motivación intrínseca para el cambio es la distinción principal entre los pacientes en tratamiento por abuso de sustancias derivados por la justicia y las voluntarias (Farabee, Nelson, y Spence, 1993), los protocolos de tratamiento en relación a coacción legal con usuarios de abuso de sustancias debe reflejar nuestro conocimiento de que, al final, es el cliente el que decide el resultado”(16).

Se han propuesto operativamente los criterios para desintoxicación domiciliaria a los usuarios que: *“No presenten dependencia severa a sustancias, sin antecedentes de síndromes de abstinencia con complicaciones, sin enfermedades concomitantes o heridas o cirugías recientes que pueden agravar la abstinencia, no uso de otras drogas psicoactivas, la persona está motivada a lograr la abstinencia, se dispone de un cuidador de confianza, la persona tiene un ambiente estable en el hogar”* (trad. compilador) (6).

Contraindicaciones de desintoxicación domiciliaria por alcohol: *“presenta confusión o tiene alucinaciones, tiene un historial de abstinencia previamente complicada, tiene epilepsia o antecedentes de convulsiones, está desnutrida tiene vómitos o diarrea severa, tiene alto riesgo de suicidio, tiene dependencia severa, junto con la falta de voluntad para ser visto a diario, desintoxicación en el hogar previamente fallido, tiene los síntomas de abstinencia incontrolables, tiene una enfermedad física o psiquiátrica aguda, tiene múltiples abusos de sustancias, tiene un entorno familiar no efectivo”*. (trad. comp.) (18) El médico puede declinar la desintoxicación si es que estima que existe riesgo potencial por la vida de la persona o riesgo significativo por la salud del usuario.(7)

Desarrollo de la Experiencia

La experiencia se ejecutó en COSAM Concepción, Dispositivo de Salud Mental y Psiquiatría, de Nivel Secundario, del Hospital Guillermo Grant B. de Concepción; que dentro de sus prestaciones ofrece Programas de Salud Mental Ambulatorios; así como Rehabilitación de Drogas y Alcohol, en modalidad Básica e Intensiva, en aquellos usuarios de los programas de alcohol y drogas de COSAM, previamente evaluados en reunión clínica; que fueron clasificados como idóneos para esta modalidad de Intervención; según potencial de riesgo, sobrecarga familiar, disposición del usuario y capacidad de autocontrol observada.

En la etapa preliminar, se consideraron los siguientes aspectos:

1. La falta de disponibilidad del recurso de hospitalización cerrada para los usuarios que requieren desintoxicación.
2. Aquellos usuarios que no desean realizar su proceso de desintoxicación en el hospital.
3. La desintoxicación como etapa previa a la continuación del tratamiento ambulatorio o derivación

a un programa residencial.

4. Al hospitalizar, muchas personas ven trasgredidos sus derechos y suelen sentirse violentados y se perciben superados, y sensación de no hacer nada frente al problema.

Se realizó una primera experiencia piloto, iniciada en 2013; tras lo cual se ha mantenido en vigencia hasta la actualidad.

Objetivo de las acciones realizadas

Objetivo General: Desarrollar el proceso de desintoxicación de sustancias de abuso y/o dependencia, por medio de un conjunto de intervenciones biopsicosociales en domicilio; orientadas a lograr abstinencia en base a autocontrol y supervisión familiar directa, en personas con consumo permanente de sustancias psicoactivas.

Descripción de las acciones realizadas

El formato se llevó a cabo por medio de visitas diarias en domicilio, previamente agendadas y coordinadas con el paciente; con la concurrencia del médico psiquiatra y una dupla profesional/técnico, conformada por un profesional/técnico del área biomédica, y otro del área psicosocial; realizando visitas diarias programadas en conjunto con el usuario/familia. El profesional médico psiquiatra verificaba el estado físico, evaluando craving, apoyado por el equipo de enfermería, con actividades de control de signos vitales, evaluación de adherencia a fármacos y cualquier indicador relevante en el área física; por su parte, el profesional psicosocial realizaba una intervención breve en la que se evaluaba su estado anímico, bienestar general y el avance del proceso.

Resultados:

A la fecha, se ha logrado llevar a cabo con éxito el proceso de Desintoxicación, de acuerdo a programación realizada, y la necesidad e idoneidad del formato.

Desde perspectiva del usuario:

1. Fortalecimiento del compromiso del paciente y su familia, como también la percepción de una mayor autocompetencia.
2. Empoderamiento del usuario y participación de la familia.
3. Potencialización del proceso reflexivo, sobre los efectos de la adicción en su entorno inmediato.
4. Gran participación de redes familiares de ayuda en el proceso; lo cual aumenta la vinculación del usuario y su familia, a diferencia de la hospitalización cerrada.
5. Reconocimiento por familia de la importancia del usuario por los recursos invertidos en su tratamiento.

Desde perspectiva del equipo tratante:

1. Disminución de los costos operativos para el sistema versus la hospitalización tradicional.
2. Mejoría en la adherencia al tratamiento farmacológico ambulatorio.
3. Mayor acompañamiento al usuario, por parte del equipo profesional, lo cual aumenta el vínculo con éste.
4. Se observan usuarios comprometidos que fácilmente continúan el proceso de tratamiento con el mismo equipo en forma ambulatoria, lo que facilita los procesos terapéuticos.

Impactos positivos en los usuarios

El proceso en los usuarios 1.-Los empodera, 2.-Vincula con su medio (familia, cercanos, otros), 3.-Es percibido por éstos como una intervención menos patologizante, y más amigable.

Reconocimiento externo y de la comunidad

La familia y cercanos del usuario perciben al centro como una institución comprometida con la mejoría de su ser querido; un tratamiento accesible y ajustado que potencia la autonomía; y que rescata los recursos de la familia y del individuo; haciendo a éste protagonista de su tratamiento.

Conclusiones:

De la experiencia aplicada se constató que el proceso efectuado a usuarios de COSAM es una experiencia exitosa y pionera dentro de las Unidades de Salud Mental del Servicio de Salud Concepción, que posibilita aumentar las opciones de intervención; aportando a la consecución de los objetivos de tratamiento.

El proceso incluyó a profesionales que usualmente no realizan visitas domiciliarias de especialidad, adaptando el proceso al contexto de vida del usuario, y no a la inversa como es usual.

Es un modelo perfectamente replicable en distintos contextos; mientras se cuente con un equipo biopsicosocial, que presente las condiciones para trabajar en terreno.

Finalmente, siempre que se tomen todas las precauciones necesarias, la desintoxicación en casa no sólo es segura, sino también clínicamente eficaz y rentable para el perfil de usuarios con dependencia que lo requieran. Puede ofrecer ahorros de costos importantes, a la vez que aportar muchas ventajas para el equipo tratante que interviene en el hogar.

Referencias bibliográficas

1. Fernando Megías del Rosal, Eduardo Aguilar García-Iturraspe, Francisca Silvestre Pascual, Hospitalización Domiciliaria Salud Mental. Escuela Valenciana de estudios de la salud. 2004
2. Desviat M., "Acciones de salud mental en la comunidad", Asoc. Española de Neuropsiquiatría, pág. 468 – 484, Madrid 2012.

6. Queensland Government, Clinical Protocols for detoxification General practice and community settings, 2002
7. Progression Routes, Community Detoxification protocols: benzod., Ireland UK, 2011.
8. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, Center for Substance Abuse Treatment, Detoxification and Substance Abuse Treatment A Treatment Improvement
16. M. Douglas Anglin, Michael Prendergast, David Farabee, UCLA Drug Abuse Research Center, The Effectiveness of Coerced Treatment for Drug- Abusing Offenders, National Drug Control Policy's Conference of Scholars and Policy Makers, Washington, D.C., March 23-25, 1998
17. Nigel d. Fleeman Alcohol home detoxification: a literature review, Alcohol & Alcoholism Vol. 32, No. 6, pp. 649-656, 1997
18. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care, A national clinical guideline, Royal College of Physicians 2003.

Trabajo N° 5

Equipos de Apoyo Social y Comunitario para personas con enfermedad mental. Un recurso válido para facilitar la integración social

Autores: Alejandro Chévez M.¹, Daniel Navarro B.², Ignacio Aznar C.³

- 1 Psicólogo, Coordinador Técnico Equipos de Apoyo Social Comunitarios de Grupo 5 Rehabilitación Psicosocial, Madrid (España)
 2 Psicólogo, Subdirector de Grupo 5 Rehabilitación Psicosocial, Madrid (España)
 3 Trabajador social y terapeuta ocupacional, Gerente General de Grupo 5 Social Chile, Santiago

Resumen

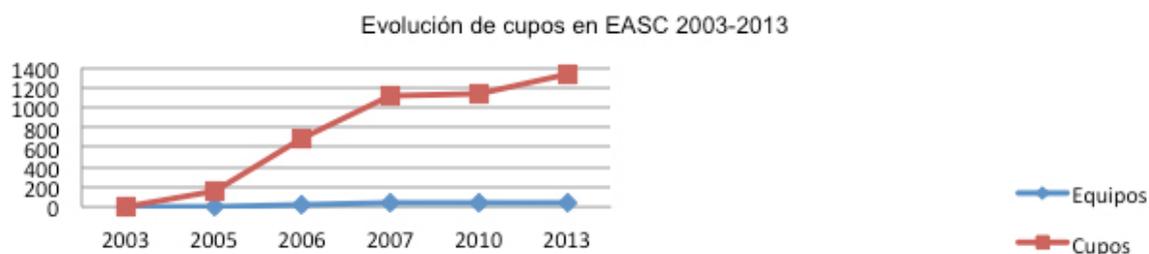
Los Equipos de Apoyo Social Comunitario surgen en el marco del Plan de Atención a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007 de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid. El Plan se plantea el objetivo de brindar atención pública y gratuita a 6.508 personas que según datos estadísticos de la época constituían el 40% de las personas que cumplían con tres criterios fundamentales: diagnóstico de esquizofrenia; otras psicosis y otros trastornos graves; discapacidad grave y larga duración. En la actualidad existen en la Región de Madrid¹ 38 Equipos de Apoyo Social Comunitario con una capacidad para brindar atención a 1.380 usuarios/as con trastornos mentales graves y crónicos y a aproximadamente 900 familias, cifra que pretende aumentarse en los próximos años. Estos equipos comienzan a funcionar de forma piloto en 2005, y han ido adquiriendo mayor relevancia en la red de atención pública hasta convertirse en un dispositivo clave para facilitar el acceso a dicha red a personas con dificultades para vincularse o mantener una continuidad en sus tratamientos. Se ha realizado un estudio descriptivo observacional, analizando la variación en el uso de recursos socio-sanitarios y comunitarios en el plazo de un año de intervención, de usuarios/as con enfermedad mental grave y crónica. Para ello se ha estudiado la evolución en el uso de recursos de 292 usuarios/as atendidos entre el año 2012 y 2013. Los resultados muestran un impacto positivo en el uso de recursos tanto socio sanitarios, como normalizados.

1. Los Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC) se desarrollan en la Región de Madrid, España. La Región de Madrid tiene una población de 6.495.551 habitantes y una extensión de 8.021,80 Km². La Región Metropolitana tiene 7.288.581 habitantes y 15.403,2 km².

Implantación de los Equipos de Apoyo Social Comunitario

Los Equipos de Apoyo Social Comunitario (a partir de ahora EASC) son recursos específicos de intervención en la comunidad, creados en el marco del Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007 de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, gracias a la guía de Abelardo Rodríguez, actual coordinador técnico del plan. La puesta en marcha de este plan representó la creación de la red de rehabilitación psicosocial en la Comunidad de Madrid que pasó de tener 1.654 cupos en 2003 a los 5.754 cupos que hay en la actualidad y que se distribuyen por el territorio de la Región de Madrid en diferentes recursos de atención ambulatoria y residencial.

La evolución de los EASC no ha sido gradual, surgió como recurso una vez avanzado el Plan, en 2005, dando un salto cuantitativo entre 2006 y 2007, cuando se abrieron 32 nuevos equipos en el plazo de un año (ver ilustración 1), hasta constituir un 20% de los cupos totales que ofrece la Red de Rehabilitación Psicosocial de la Comunidad de Madrid.



El espacio inter institucional

Los EASC son equipos especializados que intervienen en el domicilio o en el entorno de la persona que atienden, prestan apoyo no solo al usuario/a, sino que también aportan un significativo beneficio a los centros de la red, que aprovechan la flexibilidad de estos dispositivos para cumplir una función de enlace, entre el/la usuario/a y el centro de la red.

Su característica fundamental es el hecho de intervenir en el entorno del usuario/a, cumpliendo una función de enlace y un nuevo espacio de intervención, el inter institucional (Chávez, 2012), espacio habitual por donde circula el usuario/a cotidianamente. Este nuevo “lugar” que se construye “junto” al paciente, es también un espacio táctico in situ, ya que el/la profesional debe pactar el sentido de su presencia junto al paciente y a su red en cada momento (Saiz y Chávez, 2010).

Prescripciones técnicas de intervención

Las características del estilo de intervención de los EASC siguen las siguientes pautas metodológicas definidas por la Consejería de Asuntos Sociales:

- Apoyo flexible e individualizado y ajustado a las necesidades de cada usuario/a, 5 días a la

semana en horario de 09:00 a 18:00 horas.

- Las intervenciones se realizan en su propio domicilio, entorno cercano, otros recursos formales y “no formales”.
- La atención es flexible; la duración de la atención se adapta a cada usuario pudiendo ser indefinida.
- Las intervenciones propician aprendizajes prácticos en la solución de problemas de la vida diaria.
- Acompañamientos para facilitar la vinculación a centros de la red.
- Acompañamientos, asesoramiento y entrenamiento en gestiones, para facilitar apoyo social técnico y material a través de diversas prestaciones ajustadas.
- Coordinación permanente con todos los agentes sociales de la red social del usuario/a.
- Accesibilidad mediante canales ágiles de comunicación.

Todos los EASC de la Región de Madrid comparten los mismos criterios en cuanto al perfil de usuarios/as derivados/as (A. Rodríguez, 2005):

- Ser personas de edad entre 18 y 65 años de ambos sexos, con enfermedades mentales graves y crónicas que presenten deterioros o dificultades en su funcionamiento psicosocial y en su integración social.
- Personas atendidas y derivadas desde uno de los Servicios de Salud Mental del área o distrito sanitario de referencia asignado al EASC.
- Ser personas con enfermedad mental severa o grave de curso crónico con dificultades de integración en recursos socio-comunitarios e importantes necesidades de soporte social y familiar y/o que presentan dificultades para mantenerse en contacto o en seguimiento regular o continuado en los Servicios de Salud Mental.

Equipo profesional

Todos los EASC están formados por:

- **Psicólogo/a**, que realiza la evaluación funcional del usuario, y diseña y participa en la intervención. Responsable del seguimiento psicopatológico, y de brindar las pautas específicas para el mantenimiento del vínculo terapéutico y la supervisión del equipo. Colabora en la atención a familias.
- **Trabajador/a social**, que realiza una evaluación social del usuario/a y su familia, colabora en el diseño y la intervención. Responsable del contacto con la red de recursos sociales y comunitarios y la atención a las familias.
- **Educadores/as- Monitores/as**, participan en la evaluación funcional y en el desarrollo de las actividades de mejora de la autonomía personal y social del usuario/a. Responsables de la aplicación y seguimiento de los programas de actividades para la vida diaria (AVD) y apoyo en todas las áreas de intervención.

Proceso de atención

Todos los EASC planifican la intervención en fases no excluyentes. Con fines prácticos hemos subdividido en Alta (más de un contacto presencial a la semana), Media (un contacto presencial a la semana) y Baja (menos de un contacto presencial a la semana).

Fase	Actividad	Intensidad
Enganche y Vinculación	Establecimiento de una relación de aceptación y confianza con el usuario/a y su familia.	Media/ Alta
Evaluación	Determinar las principales necesidades de apoyo que presenta el usuario/a y su familia.	Alta
Intervención	Facilitar al usuario/a su mantenimiento en su propio domicilio y en su entorno comunitario en las mejores condiciones posibles de funcionamiento y calidad de vida y evitar procesos de deterioro, aislamiento o marginación, así como posibilitar y avanzar en la integración social normalizada.	Media
Seguimiento	Asegurar el mantenimiento de los objetivos conseguidos y apoyar el nivel de funcionamiento psicosocial e integración comunitaria logrado por el usuario/a y su mantenimiento en su entorno en las mejores condiciones posible de autonomía y calidad de vida.	Baja

Hipótesis de la investigación

La hipótesis de partida postula que después de la intervención del EASC aumenta el uso de recursos (centros, programas, interacción con la comunidad) utilizados por los/as usuarios/as con respecto al uso medido antes de la intervención.

Metodología utilizada

Para el presente estudio descriptivo observacional se utilizó un diseño intra-grupo para comprobar el efecto de la intervención de los EASC sobre el uso de recursos; para ello se utilizaron los datos de atención de los mismos equipos, comparados al comienzo y al finalizar el primer año de intervención.

Población y muestreo:

La población está constituida por 1.380 personas con trastorno mental grave (TMG) que forman parte del Programa de continuidad de cuidados de la Comunidad de Madrid y que han sido derivados a los EASC en el período del estudio. La muestra la componen 192 usuarios/as que han sido atendidos/as entre 2012 y 2013, por los 8 EASC gestionados por Grupo 5 RPS², que representan aproximadamente un 20% del total de las personas atendidas por los EASC de la Comunidad de Madrid en ese período.

No se pudo hacer una selección aleatoria.

Resultados

Se encontraron diferencias significativas en el uso de recursos comparando el tiempo uno con el tiempo dos, siendo significativamente mayor el uso de recursos POST (Después) que en el PRE (Antes), como muestran las Ilustraciones 2 y 3.

Ilustración 2. Aumento de los recursos utilizados por los usuarios antes/después de la intervención

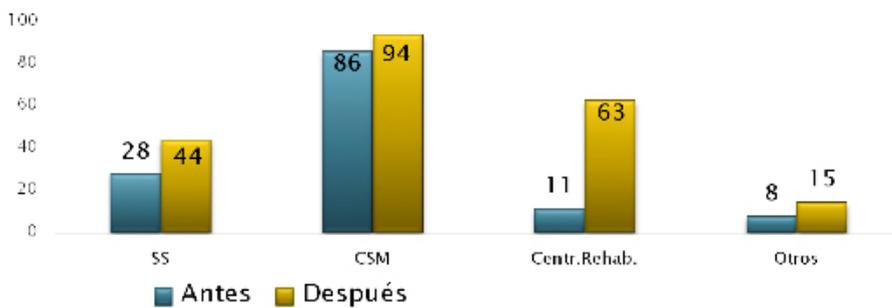


Ilustración 3. Total de recursos utilizados por los usuarios antes/después de la intervención de los EASC



Discusión

El estudio realizado acerca del impacto de los EASC se suma al creciente interés que genera la intervención de los equipos de intervención socio comunitaria, de la cual existe una extensa bibliografía (Stein y Test, 1980; Gold et al., 2003; Chévez, 2012). La continua expansión en todo el mundo de este tipo de intervención (Saiz y Chévez, 2009) hace que cada vez estén más presentes

2. www.grupo5.net y <http://www.grupo5.net/conocenos/salud-mental/centros-de-rehabilitacion-psicosocial/>

en las redes de atención pública y privada. El beneficio que aportan los EASC a las redes en las que se implanta se refleja año a año en los datos recogidos en todos los estudios relacionados y las memorias de atención de las redes de atención donde se han implantado. Es evidente que, a falta de investigaciones experimentales con selección aleatoria de la muestra y control de las variables, los datos disponibles apoyan la hipótesis del estudio, en cuanto al impacto positivo y la eficacia de estos equipos como promotores del uso de recursos (tanto normalizados como profesionales) de las redes de atención, mejorando la utilización y eficiencia de éstas.

Referencias bibliográficas

Ballesteros et al. (2014). Impacto de la intervención del Equipo de Apoyo Social Comunitario en el Funcionamiento Psicosocial de las Personas con Enfermedad Mental Grave. *Revista Clínica Contemporánea*. Vol. 5 (2), 181-203.

Chávez, A. (2012). *Acompañamiento Terapéutico en España*. Editorial Grupo 5: Madrid.

Gold, P., Meisler, N., Santos, A., Keleher, J., Becker, D., Knedler, W. et al. (2003). The Program of Assertive Community Treatment: Implementation and Dissemination of an Evidence-Based Model of Community-Based Care for Persons with Severe and Persistent Mental Illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 290-303.

Rodríguez, A. (2005), *Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica (2003-2007)*. Subdirección General de asistencia técnica y coordinación de planes para personas con discapacidad. Madrid: Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.

Sáiz, J. y Chávez, A. (2009). La Intervención Socio-Comunitaria en Sujetos con Trastorno Mental Grave y Crónico: Modelos Teóricos y Consideraciones Prácticas. *Rev. Intervención Psicosocial* 1 (18), 75-88. Madrid: C.O.P.

Stein, L. y Test, M. (1980). Alternative to Mental Hospital Treatment: Conceptual Model, Treatment Program, and Clinical Evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37, 392-397.

C.A.M., (2013). Pliego de prescripciones técnicas. Disponible en <http://www.madrid.org> el 15/07/2014.

Trabajo N° 6

“Intervención socio-comunitaria en mujeres con problemáticas relacionadas al consumo en periodo de embarazo y post parto”

Autores: Martín Arcila¹, Manuel Barboza², Esteban Herrera³, Teresa Lobos⁴, Natalia Quintana³, Tamara Palomino³

1 Médico psiquiatra; PAI DUAL, Hospital El Pino, San Bernardo

2 Psicólogo; PAI DUAL, Hospital El Pino, San Bernardo

3 Terapeuta Ocupacional; PAI DUAL, Hospital El Pino, San Bernardo

4 Trabajadora social; PAI DUAL, Hospital El Pino, San Bernardo

Introducción

El Servicio de Salud Mental del Hospital El Pino está incluido dentro de un formato de Hospital General, el cual cuenta con una Unidad Ambulatoria Adulto e Infantil, un Hospital de Día de 18 plazas y un Servicio de Corta Estadía de 16 plazas. El Programa de Alcohol y Drogas se incorpora a esta unidad en abril del año 2013, contando en la actualidad con 14 plazas financiadas por SENDA. Se visualiza la necesidad de atender a la población de mujeres en embarazo y post parto, con problemáticas de consumo, beneficiarias de las comunas de El Bosque y San Bernardo, las cuales ingresan a Maternidad, muchas de ellas sin control en APS. Tomando en cuenta esta necesidad se gestiona la red intra y extra hospitalaria; APS, Chile Crece Contigo, Unidades de Neonatología, Maternidad y Pediatría.

Objetivo

Incorporar un enfoque de Salud Mental Comunitario, en la atención destinada a mujeres en condición de embarazo y post parto, con problemáticas de salud mental, asociadas al consumo de sustancias, en alta vulnerabilidad y riesgo social.

Acciones realizadas para llevar a cabo el programa

a. Se estructura el equipo del Programa Ambulatorio Intensivo DUAL, conformado por: psiquiatra Martín Arcila, Ps. Manuel Barboza, TO. Natalia Quintana, TR. Esteban Herrera, AS. Teresa Lobos.

b. Se coordinan horas de consulta individual, Intervención Psicosocial Grupal, (individual y familiar), Intervenciones familiares en domicilio, actividades de activación física.

c. Vinculación y gestión con las redes de los servicios intrahospitalarios, Chile Crece Contigo,

Neonatología Maternidad, Pediatría, CAROP. En unidad de Salud Mental con Unidad de Corta Estadía, Ambulatorio y Hospital de Día.

d. Vinculación y gestión con la red-SENDA-SSMS- APS- OPD-Comunidades Terapéuticas -Juzgados de Familia- DIDECO- OMIL-Municipios- COSAM de las comunas de El Bosque y San Bernardo - Complejos Deportivos.

e. Reuniones de gestión semanal con Ch.C. y COSAM, donde se realiza seguimiento de casos, evaluación de derivaciones y coordinación de estas.

f. Se coordina y gestiona la red SSMS, con el objetivo de promover una salud reproductiva responsable, siendo uno de los objetivos la capacitación de las Matronas para realizar el procedimiento de método de anticoncepción IMPLANON, en el Servicio de Maternidad, y así asegurar y prevenir un embarazo no oportuno.

g. Se coordina mesa de diálogo en relación a la lactancia, en conjunto con el Equipo del Programa Chile Crece Contigo.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Visitas y consultas	Visitas, consultas Grupo de Intervención Familiar	Reunión Clínica Visitas Consultas	Trabajo Administrativo (informes sociales) Gestión Territorial	Reunión Clínica Reunión de gestión en UCE
Reunión de gestión Chile Crece Contigo	3º martes de c/mes Reunión territorial RED El Bosque	Taller de activación física	Consultas Psicológicas Psicoterapia Individual	Consultas Psicológicas Psicoterapia Grupal
Reunión mensual, UPD Hospital El Peral.	Reunión mensual RED, SSMS	Intervenciones Domiciliarias	Intervenciones en domicilio (maternage)	
Reunión mensual de Estamentos				
Reunión mensual de Autocuidado				

El ciclo de intervención comienza cuando las mujeres llegan a Hospital El Pino, con la finalidad de controlar su embarazo o directamente iniciar el proceso de parto. Durante el proceso evaluativo, el equipo de Chile Crece Contigo pesquisa madres con consumo activo o intermitente, que viven en contexto de riesgo social, con escasa red de apoyo primario, generalmente multíparas, con bajo grado de integración y participación sociolaboral. Al detectar este tipo de casos, el equipo de Chile Crece Contigo realiza derivación intrahospitalaria a nuestro programa PAI DUAL, con la finalidad de iniciar proceso evaluativo y definir el ingreso de ésta madre al programa.

Una vez realizado ese ingreso, la usuaria inicia el proceso de rehabilitación ambulatoria intensiva durante un periodo mínimo de 9 meses, en el cual es atendida por todo nuestro equipo, recibiendo

intervenciones psicosociales mediante taller grupal, intervenciones individuales con trabajadora social, técnico en rehabilitación, psicoterapia Individual por psicólogo, control médico con psiquiatra, abordaje comunitario en domicilio, acompañamiento terapéutico para facilitar cumplimiento de responsabilidades básicas de la usuaria en relación a su salud y cuidados del bebe.

En el caso que la usuaria no ingrese al programa, principalmente por la falta de cupo, es abordada mediante una derivación asistida a dispositivos comunitarios de salud mental, tales como COSAM de San Bernardo, COSAM El Bosque, Comunidades Terapéuticas, y/o mantención de controles en APS, instancias de coordinación y gestión que realiza el equipo aun cuando la usuaria no ingrese a nuestro programa.

Cada día lunes nuestro programa por medio de su trabajadora social y terapeuta ocupacional, llevan a cabo reuniones de coordinación de red y seguimiento de casos según estado de derivación.

El desarrollo de esta reunión intrahospitalaria ha resultado ser un espacio de reflexión crítica hacia la intervención de nuestras usuarias, sus familias y la llegada del nuevo bebé. Como programa consideramos que la intervención oportuna e integral es necesaria en pacientes en contexto de riesgo social, ya que muchas veces el consumo problemático asociado a una patología psiquiátrica de base, se potencia por los altos niveles de narcotráfico de la comuna, y que muchas veces ocurre dentro del mismo núcleo familiar, alto grado de pobreza, hacinamiento, baja escolaridad, baja participación ciudadana e instrumental.

Estos factores son modificados con la llegada de un nuevo bebé, por tanto son esenciales: la reestructuración de rutina, el manejo y organización de actividades y de recursos, la psicoterapia individual y grupal, la constancia de controles psiquiátricos y el abordaje domiciliario durante los primeros 3 meses de vida del bebé; el potenciar recursos personales de la usuaria focalizados en trabajo motivacional, fortalecer rol de madre y vínculo madre-hijo, dando especial importancia al proceso de amamantamiento y lactancia, los cuales muchas veces son olvidados, o no se realizan por desconocimiento de las mismas madres o no son considerados como positivos por posible embarazo no deseado.

En ocasiones algunas madres no realizan cuidados básicos necesarios de los menores, y es fundamental que nuestro equipo inicie medidas legales, ya sean de protección y/o cautelares para velar por la seguridad y cuidados al menor. Algunos casos son derivados a OPD de San Bernardo, en el caso de mujeres que han tenido dificultad en la adherencia al tratamiento o dejan domicilio.

A esta reunión de coordinación de red y seguimiento de casos se han sumado representantes de COSAM San Bernardo y El Bosque, asistiendo una vez al mes, y hemos ampliado la invitación a nivel territorial, hacia algunas comunidades terapéuticas. Por tanto reunirnos una hora para actividades de gestión implica recursos tanto humanos como materiales.

Dentro de las labores de gestión se encuentran también las diferentes reuniones a las cuales los miembros del equipo asisten, algunas de estas son: reunión de gestión en Unidad Patología Dual en Hospital El Peral una vez al mes, reunión de redes en Unidad de Corta Estadía realizada todos los días viernes de cada mes, reunión con SSMM, reunión de Red Alcohol y Drogas Área Sur una vez al mes, reunión de gestión con Encargada de Salud Mujer de Área Sur, desde el SSMM Bernardita Fernández. Reunión de Coordinación con Omil San Bernardo en el plano de intervención sociolaboral,

coordinación frecuente con Oficina de la Discapacidad de San Bernardo. Gestión con el Centro Deportivo de El Bosque y actuales gestiones de trabajo del vínculo madre-hijo en piscina.

Se ha realizado acciones en domicilio con educación familiar en torno la enfermedad, charlas de motivación para prevención de recaídas, manejo de lactancia y tiempos de amamantamiento frente a episodios de consumo y manejo del bebé.

Análisis de la experiencia

1. Logros obtenidos:

Principalmente hemos fortalecido el trabajo en red, comunicándonos con departamentos intra y extrahospitalario. Actualmente PAI DUAL atiende a 10 mujeres de un universo de 14 plazas PAI, las cuales ingresan por medio de derivaciones intrahospitalarias de Chile Crece Contigo.

En la actualidad tenemos casos de mujeres prontas al alta, con quienes estamos desarrollando etapa de búsqueda de trabajo e inclusión laboral, las cuales han logrado controlar el deseo de consumir y mantienen su patología psiquiátrica de base compensada y con adherencia farmacológica.

En otras madres que permanecen en etapa de prevención de recaídas y control de deseo de consumo se trabaja potenciar rutina, actividades, ocupaciones y responsabilidades ligadas al cuidado básico del recién nacido, tales como controles médicos, tener al día un cuaderno de control niño sano, asistencia permanente de ella a nuestro programa y fortalecimiento de rol materno.

El impacto positivo tiene relación con el aumento progresivo de usuarias prontas al alta y al involucramiento personal de controlar sus deseos de consumo y tomar la maternidad como un foco de motivación para el cambio y disminución de recaídas. La satisfacción usuaria al concretar actos y actividades relacionadas con la maternidad, cuidados del bebé, auto cuidado, y potenciar el vínculo madre-hijo, promueven el éxito de la intervención y vínculo terapéutico.

2. Reconocimiento externo y de la comunidad

Nuestro Programa PAI DUAL ha participado en diferentes instancias de presentación del programa a la comunidad intra y extra hospitalaria, dando a conocer el abordaje planteado anteriormente. El reconocimiento de la comunidad hacia nuestro programa se ha expresado en la retroalimentación y apoyo a ciertas necesidades que nosotros hemos expuesto en los diferentes dispositivos de red, que nacen desde las problemáticas vivenciadas por cada una de nuestras usuarias y que nosotros como programa intentamos solucionar. El trabajo en red con reuniones semanales con Chile Crece Contigo mediante la "Reunión de coordinación de seguimiento y derivaciones de usuarias PAI DUAL", Reuniones intrahospitalarias con Maternidad, reunión de gestión e intervención laboral con Omil San Bernardo, gestión con APS para coordinación de anticoncepción inmediata, OPD San Bernardo frente a casos de vulneración de derechos infanto- juvenil, Mesas de mujeres realizada por SENDA.

Condiciones o factores facilitadores de las actividades

Potenciación de intervenciones del equipo PAI DUAL en domicilio, con madres con consumo problema. Cobertura domiciliaria al 100% durante los primeros 3 meses de vida del bebé.

Potenciación de trabajo intersectorial con comunidades terapéuticas, COSAM de San Bernardo, COSAM El Bosque, OPD San Bernardo, Oficina de la Discapacidad San Bernardo, Omil San Bernardo.

Se instala trabajo bajo el concepto de “derivación asistida”, en la cual nuestro equipo realiza acompañamiento a usuaria para tomar hora de ingreso y/o evaluación inicial en dispositivos de la comuna. Al entregárseles la hora de ingreso, el equipo nuevamente acompaña a la usuaria en la fecha indicada para verificar que asistió.

Se instala trabajo bajo el concepto de “seguimiento”, en el cual el equipo mediante gestiones telefónicas se comunica con familia, usuaria y dispositivo de derivación para verificar su asistencia y cumplimiento de tratamiento durante el primer mes de alta desde nuestro programa.

Potenciación de programa de “Anticoncepción inmediata para mujeres con consumo en embarazo y post parto”, potenciado por nuestro Programa PAI DUAL e instaurado en red intra hospitalaria en conjunto con Departamento de Maternidad y Ginecología.

Se instala trabajo bajo el concepto de “prevención de embarazo no oportuno”, explicando a usuaria factores de riesgo social que presenta actualmente, por tanto se sugiere tomar medidas de anticoncepción mientras se solucionan los problemas psicosociales de vivienda, consumo, trabajo y vulnerabilidad, para que así, si ella decide concebir embarazo, este nuevo bebe pueda vivir en mejores condiciones. Para esto se hace entrega de preservativos y charlas de prevención en taller grupal familiar.

Se ha instaurado horas de capacitación entre el mismo equipo de PAI DUAL, en torno a la perfección de métodos y técnicas.

Gracias a las gestiones realizadas a nivel comunitario, nuestro programa PAI DUAL, por medio de nuestro médico psiquiatra Martín Arcila, ha instaurado la modalidad de charlas informativas y preventivas sobre teratogenicidad y efectos nocivos sobre el consumo del alcohol durante embarazo.



Foto 1. Intervención red intrahospitalaria, sala maternidad.



Foto 2. Equipo PAI DUAL.

Trabajo N° 7

Hospitalización Domiciliaria

Autores: Julieta Valenzuela D.¹, María Isabel Las Heras M.², Daniel Muñoz J.³,

1 Médico psiquiatra; Hospital de Día, Servicio Salud Concepción

2 Enfermera; Hospital de Día, Servicio Salud Concepción

3 Psicólogo; Hospital de Día, Servicio Salud Concepción

Introducción

La tendencia mundial nos orienta a buscar alternativas de organización y gestión de los procesos sanitarios, facilitado por la experiencia en Hospitalización Domiciliaria como programa especial que permite mejorar la calidad asistencial, incorporar a la familia, fortalecer la relación entre los niveles de atención y potenciar la estabilización en la residencia habitual del usuario.

A nivel nacional, se actualizaron las Orientaciones Técnicas en Hospitalización Domiciliaria en el año 2012, con lineamientos generales para que la red asistencial lo desarrolle de acuerdo a la realidad local.

El concepto de asistencia continua e integral en domicilio establece la participación de un equipo multidisciplinario y representa la modalidad que pretendemos aplicar en usuarios de nuestro dispositivo ambulatorio, aplicando los principios de la Reforma en Salud: equidad, acceso, oportunidad y calidad con intervenciones médicas y psicosociales específicas y en coordinación permanente con la red de apoyo.

Objetivo General

Otorgar una alternativa asistencial transitoria en el ambiente habitual del usuario con patología psiquiátrica, en base a un programa individualizado, gestionado, dirigido y evaluado por equipo multidisciplinario basado en principios de calidad.

Objetivos Específicos

- Contribuir al cuidado y estabilización de usuarios con patología psiquiátrica que presenten dificultad para asistir al Hospital de Día y/o que de acuerdo a la evaluación del equipo resulte más beneficioso para el usuario esta modalidad.
- Mejorar integración entre niveles asistenciales.

- Lograr mayor participación de la familia y/o red de apoyo.
- Proporcionar cuidados humanizados, continuos e integrales.
- Favorecer desarrollo de adecuado soporte comunitario en el entorno habitual del usuario (educacional, laboral, social).

Metodología

Fase inicial

- Usuario que cumple con perfil para modalidad de Hospitalización Domiciliaria, ingresa al programa firmando el consentimiento informado.
- Se realiza programa de intervención propuesto por el equipo Hospital de Día según diagnóstico médico psicosocial, durante los 15 días iniciales.
- Aplicación de escalas de acuerdo a protocolos específicos y según diagnósticos.
- Programación de visitas de acuerdo a necesidad, con un mínimo de 3 en esta etapa.
- Se asignará un “Encargado de Caso” quien coordinará las prestaciones del equipo, realizará las coordinaciones con el familiar responsable y supervisará el cumplimiento del programa.
- Se definirá el equipo que visitará al usuario en domicilio, utilizando siempre la modalidad de duplas, según las necesidades detectadas, los objetivos de la visita y la permanente supervisión de las indicaciones.
- Utilización de plantilla de atenciones en Hospitalización Domiciliaria.

Fase intermedia

- Se inicia con el diseño del Plan de Intervención en base a los objetivos planteados (PITI) y a la respuesta del usuario al tratamiento.
- Programación de la frecuencia de Visitas Domiciliarias a 2 semanales, siendo al menos 1 de ellas por profesional médico y equipo de enfermería.
- Reforzar y mantener supervisión en relación a las indicaciones dadas por el equipo.
- Realizar abordaje psicosocial a usuario y familiar responsable.
- Evaluación permanente del Plan de Intervención, según los registros de prestaciones y/o coordinaciones realizadas.
- Intervenciones psicosociales.
- Abordaje en adherencia a tratamiento y conciencia de enfermedad.
- Coordinaciones en red de salud y comunitarias.
- Evaluación permanente de la necesidad de hospitalización cerrada.

Fase final

- Programación de visitas 1 vez por semana, o según solicitud por encargado de caso.
- Definir modalidad de alta y continuidad de cuidados.
- Coordinación con equipo tratante en centro de origen.
- Refuerzo de autonomía y adherencia al tratamiento
- Intervenciones psicosociales.
- Gestionar continuidad de cuidados (protocolo continuidad de cuidados).
- Derivaciones pertinentes.
- Firma de protocolos de alta.

Resultados

- Mantener al usuario en crisis en su medio con su familia.
- Disminuir el estigma.
- Generar redes de apoyo.
- Empoderar a la familia para el manejo y prevención de crisis, mejorando autoeficacia.
- Reintegrar al usuario dentro de su entorno de forma menos invasiva y coartadora.
- Reintegrar a tratamiento ambulatorio.
- Evitar hospitalización cerrada.
- Lograr abordaje respetando los derechos del usuario.
- Disminuir uso de días camas de atención cerrada para usuarios que se negaban a atención ambulatoria, y a la vez evitando realizar los trámites de hospitalización administrativa.

Impacto

- Ha resultado una experiencia positiva ya que permite acercarse de una forma más eficaz a la situación del usuario y comprender mejor el contexto en el que surge la enfermedad, permitiendo hacer un análisis más integral y clarificador.

- Se han obtenido buenos resultados desde el punto de vista clínico, y ha permitido abordar dificultades que mantenían “paralizada” a la familia, facilitando de esta forma la reincorporación del usuario en su rol social.

- Se ha logrado disminuir el estigma dentro de la familia, junto con procurar respetar los derechos de los usuarios durante el proceso.

- Ha permitido enfrentar y resolver efectivamente casos considerados “problemas”, “difíciles” o

abandonados por el sistema.

- Evaluación positiva de los familiares de la hospitalización domiciliaria.
- Se han recibido derivaciones desde Servicio de Psiquiatría, Urgencia y APS, por lo que se interpreta que está siendo bien evaluada nuestra prestación.
- Se cuenta con el apoyo de los asesores en salud mental del Servicio Salud Concepción, por considerarlo viable y positiva.

Desafíos

- Mantener la prestación de Hospitalización Domiciliaria en el tiempo.
- Aumentar el número de usuarios ingresados, hasta el momento sólo se acepta uno hasta su egreso.
- Trabajar junto con APS, COSAM y Psiquiatría, desarrollando cuidados compartidos.
- Gestionar con las autoridades mayor apoyo para traslado de los funcionarios y horas de recurso humano.
- Sistematizar resultados para evaluar con evidencias el impacto de la prestación.
- Afinar protocolo de hospitalización domiciliaria.
- Motivar a equipos de la red en desarrollar hospitalización domiciliaria para poder cubrir a mayor población.

Referencias bibliográficas

- Orientaciones Técnicas Hospitalización Domiciliaria; 2011. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Chile.
- Atención Domiciliaria de Enfermería en Salud Mental, Estudio en Población Española.
- Estrategia Nacional de Salud Mental, Subsecretaría de Salud Pública Chile, 2011.

Trabajo N° 8

Reconversión de recursos de salud mental para la implementación de un modelo de inclusión socio-comunitario en un hospital general

Autores: Guillermo Vergara H.¹, Alejandro Iglesias B.², Felipe Zapata C.³, Carolina Vergara Z.⁴, Álvaro Farfán A.⁴

1 Psiquiatra; Servicio de Salud Mental CRS y Hospital El Pino, comunas San Bernardo y El Bosque, S. Salud Metropolitano Sur

2 Psicólogo; Servicio de Salud Mental CRS y Hospital El Pino, comunas San Bernardo y El Bosque, S. Salud Metropolitano Sur

3 Terapeuta ocupacional; S. de Salud Mental CRS y Hospital El Pino, comunas San Bernardo y El Bosque, S. Salud Metropolitano Sur

4 Terapeuta ocupacional; Servicio de Salud Mental CRS y Hospital El Pino, comunas San Bernardo y El Bosque, S. Salud Metropolitano Sur

Introducción

El Servicio de Salud Mental del Hospital El Pino está incluido dentro de un formato de hospital general, cuenta con una Unidad Ambulatoria Adulto e Infantil, un Hospital de Día de 18 plazas, un Servicio de Corta Estadía de 16 plazas y un Programa de Alcohol y Drogas de 14 plazas financiado por SENDA. Su foco de atención es la población beneficiaria de las comunas de El Bosque y San Bernardo con requerimientos de atención de nivel secundario, de acuerdo a criterios de derivación de Red MINSAL.

Estas comunas se caracterizan por un alto porcentaje de población beneficiaria de FONASA y altos índices de pobreza y riesgo social.

Durante los últimos 3 años se ha experimentado un proceso de crecimiento importante, marcado principalmente por apertura de Unidad de Corta Estadía y del Programa de Alcohol y Drogas para usuarios con patología dual, asociados a maduración de los equipos ambulatorios, mejora en arsenal farmacológico y mejor coordinación interna, a resolver de manera más efectiva y oportuna las necesidades de tratamiento y estabilización psicopatológica de los usuarios. Desde el segundo semestre del año 2013 se decide modificar las prioridades de atención de profesionales, reconvirtiendo recursos desde actividades individuales en box a actividades de inclusión socio-comunitaria. Esta experiencia de desarrollo, en sí misma exitosa, pone en evidencia como contraparte, situación de carencia y necesidad de nuevas intervenciones, orientadas a la continuidad de cuidados y la permanencia en el tiempo de la estabilidad clínica, vinculado indisolublemente a la inclusión social y comunitaria. Dicho de otro modo, aumenta el número de usuarios, necesitando nuevos tipos de apoyo y por otra parte, el equipo de atención identifica necesidad de intervenciones más efectivas y duraderas en el tiempo.

El objetivo

Favorecer la inclusión socio-comunitaria de usuarios del Servicio de Salud Mental por medio de estrategias de rehabilitación, desarrollo de grupos y coordinación territorial en Red.

Estrategia

Desde el segundo semestre del año 2013 se decide modificar las prioridades de atención de profesionales, reconvirtiendo recursos desde actividades individuales en box a actividades de inclusión socio-comunitaria. Se incluyen las siguientes acciones:

a. Un grupo de profesionales, con alta motivación por esta iniciativa, provenientes de diferentes equipos del Servicio de SM, redefinen su horario y actividades para conformar el equipo del Programa de Rehabilitación.

- i. Unidad de Corta Estadía: 11 horas de terapeuta ocupacional y 11 horas de trabajador social.
- ii. Hospital de Día: 11 horas de terapeuta ocupacional.
- iii. Programa de Alcohol y Drogas: 11 horas de técnico en rehabilitación.
- iv. Equipo ambulatorio infanto-adolescente: 11 horas de terapeuta ocupacional.
- v. Equipo Ambulatorio Adulto: 22 horas de terapeuta ocupacional y 22 horas de psicólogo.

b. Se configura como un Programa Transversal al Servicio con flujos de derivación internos flexibles. Este programa se nutre de las necesidades de todos los dispositivos.

c. Se postula proyecto a SENADIS comenzando en diciembre 2013, que permite incorporar 44 horas de terapeuta ocupacional y 22 horas de psicólogo. Este proyecto se suma al Programa de Rehabilitación, orientando su accionar a cubrir necesidades de usuarios con mayor nivel de dependencia y/o mayor sobrecarga sobre cuidadores. Focalizado en usuarios que por su dependencia no acceden a actividades que requieren mayor autonomía y motivación. Lo denominamos Sub-programa de Autonomía.

d. Se fortalece un programa, que es continuidad de grupo de autoayuda de usuarios en situación de discapacidad del área de salud mental, orientado al fortalecimiento de habilidades sociales, capacidad de trabajo en grupo, participación comunitaria, habilidades pre laborales y recreación. Incluye actividades de reciclaje, taller de ventas y actividades de socialización. Desde este espacio debieran egresar usuarios al entorno laboral, educativo o comunitario según sus intereses y motivación. Lo denominamos Sub-programa de Fortalecimiento. Los usuarios lo bautizan como Newen.

e. Se destinan recursos profesionales, de terapeuta ocupacional y trabajador social, a construir vínculos con instituciones privadas, municipales y gubernamentales vinculadas al ámbito laboral para

generar un trabajo integrado de inclusión laboral. Por parte de nuestro equipo se realiza evaluación de puestos laborales, identificación de perfil de necesidad de usuarios, acompañamiento al lugar de trabajo y apoyo a empleador y usuario en inserción inicial al puesto de trabajo. Lo denominamos Sub-programa de Inclusión Socio-laboral..

g. Transcurridos los primeros 11 meses de trabajo, se observa una consolidación del programa dentro del Servicio y de la red, generándose un cambio en el conjunto del servicio clínico. Se incorporan nuevas acciones extramurales incluidas una escuela de futbol y dos grupos de hidrogimnasia coordinados por profesionales, en estadio Lo Blanco de la comuna de El Bosque.

Metodología

Sub Programa de Autonomía: se crean 10 plazas de programa rehabilitación tipo 2, orientado a trabajo intensivo con usuario y su familia. Dirigido a usuarios con mayor nivel de dependencia de cuidados. Se incorporan 27 usuarios el 2014, con significativos avances de acuerdo a escalas y satisfacción de usuario y grupo familiar.

Sub Programa de Inclusión: A partir de numerosas instancias de coordinación y seguimiento se identifican puestos laborales en red pública y privada, realizando evaluación de perfil de cargo, evaluación de usuarios candidatos, coordinación con empleadores y seguimiento en puesto de trabajo. Esta actividad no existía en Cartera del Servicio antes de la creación del Programa.

El año 2014 se crea oferta de 10 actividades terapéuticas y de rehabilitación semanales, con 116 vacantes disponibles, en comparación con oferta de 3 actividades y 17 vacantes el año 2012.

Creación de instancias de coordinación y acción intra y extrasectorial, como expresión de apertura de Servicio a la Red comunitaria e institucional. Se incrementa desde 10 reuniones promedio el año 2012 a 120 reuniones durante el 2014.

Resultados

Durante el año 2014 se incorporan 27 usuarios al programa de autonomía, con significativos avances de acuerdo a escalas y satisfacción de usuario y grupo familiar. 6 usuarios mejoran en promedio un 23% en Índice de Barthel. 27 usuarios mejoran en promedio un 97% en Escala de Lawton y Brody. 27 mejoran en promedio un 27% en Escala de Zarit. Esta actividad no existía en Cartera de Servicios antes de creación del Programa.

13 usuarios evaluados para inclusión laboral, 9 usuarios incluidos en colocaciones laborales formales. El año 2013 no existía esta actividad.

Creación de actividades terapéuticas y de rehabilitación semanales, con 116 vacantes disponibles, en comparación con oferta de 3 actividades y 17 vacantes el año 2012.

Instancias de coordinación y acción intra y extrasectorial, como expresión de apertura de Servicio a la Red comunitaria e institucional. Se incrementa desde 10 reuniones promedio el año 2012 a 120 reuniones durante el 2014.

Conclusiones

- Actualmente se encuentra aceptado un segundo proyecto SENADIS focalizado en fortalecimiento de programa de rehabilitación, con recursos humanos y operacionales.
 - Acceso de usuarios a instancias de participación inéditas con mejoría en funcionamiento global y calidad de vida.
 - Sinergia positiva entre instituciones cogestionando intervenciones, uso de espacios y recursos con la misma población objetivo. Gestación incipiente de red con organizaciones comunitarias.
 - Acceso a fondos sectoriales, siendo el Servicio de Salud Mental del Hospital y CRS El Pino, la única institución pública de salud cursando proyectos financiados por SENADIS.
 - Reconocimiento público de la red, expresado en envío de alumnos en práctica al Programa de Rehabilitación, incorporación a video docente de Medichi, Pasantías de Equipo CESAM Lo Espejo, Tercer lugar de usuarios en Olimpiada deportivas de SM RM y selección de experiencia para presentarse en Jornada de Salud Mental Comunitaria U. de Chile.
 - Impacto positivo en clima laboral, promoviendo motivación y creatividad en Equipo de Salud Mental
- a) Significativo incremento e incorporación de nuevas prestaciones a cartera de servicios del hospital, basado principalmente en reconversión de recursos propios y adquisición de presupuesto externos al sector salud.
 - b) Reorientación del enfoque de atención, involucrando a todos los equipos y dispositivos del Servicio Clínico en una perspectiva integral, comunitaria y de desarrollo humano, coherente con visión del Programa Nacional de Salud Mental. Perspectiva que en el mediano plazo es más beneficiosa en términos de inversión social.
 - c) Se identifican logros terapéuticos y de desarrollo personal en usuarios con largos periodos de discapacidad, recidivas de descompensaciones y dependencia de terceros, accediendo por primera vez a trabajos remunerados, estabilidad clínica y mayor autonomía y socialización. Estamos elaborando indicadores para medir menor tasa de hospitalización y menor tasa de uso de fármacos.

Lecciones Aprendidas

1. Con convicción y liderazgo es posible sumar y aprovechar recursos comunitarios desconocidos. Se abren muchas puertas en la medida que se conecta y activa la red comunitaria e institucional.
2. En la medida que confiamos en los usuarios y fomentamos su participación, la enfermedad cambia de forma, y aparece la persona con capacidades y potencialidades que le permiten avanzar a la persona por sobre la enfermedad.
3. Cambiar es posible, desplazando el prejuicio sobre el servicio público, de ineficiente y mediocre, demostrando que las buenas prácticas pueden surgir sin requerir necesariamente más recursos y permitiéndonos espacios de creación, desarrollo teórico y trabajo extra, asociado a convicción, compromiso social y disciplina.

Trabajo N° 9

Construyendo una Realidad Transformadora

Autores: Claudia Astete C.¹, Náyade Maturana M.², Ricardo Readí G.³, Lastenia Rojas C.¹

1 Terapeuta ocupacional; Equipo Programa Rehabilitación Psicosocial, COSAM Ñuñoa

2 Trabajadora social; Equipo Programa Rehabilitación Psicosocial, COSAM Ñuñoa

3 Psicólogo; Equipo Programa Rehabilitación Psicosocial, COSAM Ñuñoa

.....

Durante los últimos años se ha observado en la comuna de Ñuñoa el aumento en la cantidad de personas que se han desplazado desde el sistema privado hacia el sistema público de salud, lo que puede estar acorde con las políticas públicas y mejoras en las temáticas de salud (tales como el GES de Trastorno Afectivo Bipolar y Esquizofrenia). A esto se suma una serie de emergentes psicosociales asociados al capital económico que no permiten, por ejemplo, la compra de medicamentos en el extra sistema ni el acceso a espacios privados que presten servicios de rehabilitación (de cualquier tipo), por implicar un alto costo económico para familias.

A raíz de los procesos de reforma psiquiátrica y desinstitucionalización en nuestro país se generan espacios en donde se incluyen programas de rehabilitación psicosocial con el objetivo de reinsertar a la persona a su medio comunitario. Desde sus comienzos, en el COSAM Ñuñoa (con su naciente programa de Trastornos Psiquiátricos Severos), se realizan diferentes talleres orientados a la rehabilitación. Lamentablemente éstos no mantuvieron una continuidad en el tiempo debido a la rotación de personal. Desde el año 2008 se instalan los talleres de manualidades y relajación, manteniendo el nombre de Trastornos Psiquiátricos Severos (TPS). El año 2010 se cambia el nombre a Programa de Rehabilitación Psicosocial (ex TPS, actualmente RPS), dando respuesta a la necesidad de contar con un espacio y a los requerimientos planteados por los participantes de éstos, destinados a personas en situación de discapacidad psíquica.

Con el aumento de los usuarios se comienzan a generar una mayor cantidad de talleres correspondientes a las prestaciones de Rehabilitación Tipo I¹ de los convenios de los programas de RPS.

1. Día de Rehabilitación Tipo I: provisión regular y continua de un conjunto de actividades de rehabilitación psicosocial por ocho a catorce horas semanales, en un mínimo de tres días a la semana, por un período máximo de dos años, para un grupo de entre seis y diez personas con enfermedad mental y discapacidad psicosocial, incluyendo medicamentos y exámenes.

El año 2013, se evidencia la necesidad de generar un espacio propio, en donde se lograra la implementación de un programa más completo, con más actividades, y proyectándose con un programa de Rehabilitación tipo II², siendo acorde al diagnóstico participativo efectuado en el grupo. Ese año, se obtienen los recursos económicos, siendo uno de los 4 proyectos pilotos en Salud Mental de Servicio Nacional de la Discapacidad (experiencia pionera en el área oriente y contemplando la discapacidad psíquica).

Durante el año 2014, se elaboran 13 talleres abiertos a la comunidad del COSAM, los cuales se realizan acorde al diagnóstico participativo realizado en la asamblea de usuarios.

El programa RPS está inserto dentro de las actividades que realiza el COSAM como parte del tratamiento a personas que presenten alguna patología en Salud Mental. Así mismo, colabora con el Hogar Protegido de mujeres de Ñuñoa el cual es administrado por el COSAM.

Durante el periodo 2013-2014 se suman más profesionales creando un equipo interdisciplinario, ya que inicialmente estaba formado sólo por una terapeuta ocupacional. Hoy el equipo está conformado por 1 trabajador social, 2 terapeutas ocupacionales y 1 psicólogo.

La conformación de este equipo, con una constante inquietud y desafío por la reflexión continua de su quehacer y de los fundamentos conceptuales que sustentan la intervención, ha tenido como resultado un cambio en el paradigma biomédico al biopsicosocial, integrando el enfoque comunitario, teniendo en consideración las temáticas planteadas desde y hacia los usuarios, en conjunto con sus familiares, y los espacios en los que participan.

Relacionado con la conformación del equipo, es que se generan los objetivos:

- **Desde/hacia los usuarios:**

- Fomentar un funcionamiento autónomo, integrado e independiente, así como el desempeño de roles sociales.

- Mejorar en calidad de vida, bienestar personal y satisfacción acorde a su contexto.

Es por esto, que señalamos que se hablará de normalización situándonos desde la historicidad, su contexto socio-cultural, habilidades/capacidades personales/familiares, es decir, se considerará a la persona como un constructo de realidad y a partir de este se comprenderá la realidad de la normalización.

- **Desde/hacia los familiares:**

- Incorporar, educar, orientar y comprometer a la familia como agente facilitador del proceso de recuperación/rehabilitación/habilitación del usuario.

2. Día de Rehabilitación Tipo II: provisión regular y continua de un conjunto de actividades de rehabilitación por dieciocho a treinta horas semanales, en un mínimo de cuatro días, por un período máximo de dos años, de un programa de actividades derehabilitación para un grupo de entre cinco a siete personas con enfermedad mental y mayor nivel de discapacidad psicosocial, que viven con sus familiares o son residentes en hogares protegidos. Incluye medicamentos y exámenes.

- Apoyar en la comprensión del proceso salud/enfermedad.
- Acompañar y orientar a la familia entregando contención en los episodios de crisis, comprendiendo que es parte del proceso.

• Desde el equipo y la institución:

- Reflexionar sobre las prácticas, evaluando procesos y generando instancias de discusión.
- Promover el bienestar y calidad de vida en un espacio de desarrollo participativo.

Para alcanzar estos objetivos, se trabaja en los siguientes niveles:

Usuarios y familia	Equipos	Institución
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico participativo de las necesidades en forma periódica. • Creación de espacios acorde a las necesidades que se exponen en los diagnósticos. • La co-construcción de las intervenciones que se realizarán. • Autorización para la evaluación de los procesos con instrumentos estandarizados. • Autorización para la apertura de espacios de intervención a pasantías de alumnos. • Autorización para la investigación que permita generar información en torno a la intervención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniones semanales. • Jornadas de evaluación bimensuales. • Reflexión del sustento teórico como base del trabajo a realizar, siendo revisado acorde a los modelos y enfoques atingentes a la realidad local. • Ser un espacio docente para la carrera de T.O. • Realización de proyectos en el área. • Autorización para la evaluación de los procesos con instrumentos estandarizados. • Autorización para la apertura de espacios de intervención a pasantías de alumnos. • Autorización para la investigación que permita generar información en torno a la intervención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Permitir las actividades realizadas. • Gestión de un espacio físico, recurso humano y material. • Permitir autogestión. • Entrega de espacios necesarios para la libertad de acción cooperando en lo necesario. • Autorización para la evaluación de los procesos con instrumentos estandarizados. • Autorización para la apertura de espacios de intervención a pasantías de alumnos. • Autorización para la investigación que permita generar información en torno a la intervención

Las acciones realizadas han permitido:

- Aumento de la cantidad de participantes (de 15 a 30 en un año).
- Sentido de pertenencia a un espacio y a un grupo.
- Participación activa en la toma de decisiones.
- Progreso en la autonomía e independencia en las áreas de desempeño ocupacional de los usuarios.

- Cambios en la visión del proceso salud - enfermedad.
- Inclusión al espacio institucional del COSAM.
- Posicionamiento en la red comunal.
- Posicionamiento como centro docente asistencial.

Esto se ha visto facilitado por:

- Contar con una población objetivo para la intervención.
- Un equipo que reflexiona y tensiona la realidad en la cual está participando, en pro de una mejora constante desde una perspectiva crítica constructorista.
- Proceso de posicionamiento progresivo en las redes de la comuna, primero en COSAM (espacio validado), luego en las organizaciones formales.

Asimismo, se ha observado que lo que ha dificultado el alcance de los objetivos ha sido:

- El Autoestigma (del propio sujeto).
- La Discriminación Positiva (sujeto, familia y comunidad).
- Falta de sensibilización en la temática de Salud Mental (a todo nivel de las redes primarias, secundarias y terciarias).
- Espacio físico pequeño (debido al aumento de los participantes).

Tanto los resultados como el impacto están dados por:

- Ser un Programa Piloto en Salud Mental del Servicio Nacional de la Discapacidad (sólo 4 a nivel regional).
- Generar el cambio de paradigma: de programa de trastornos psiquiátricos severos a Programa de Rehabilitación Psicosocial.
- Implementar un programa de rehabilitación desde las necesidades de los usuarios y familiares, haciéndolos participantes activos del proceso de intervención, acorde a lo planteado por Anthony y Liberman (1992):“La palabra rehabilitación tiene un significado único para cada persona. Para algunos, tendrá un significado relacionado con la reinserción y la plena autonomía, y para otros, tendrá un contenido más modesto”.

Desde los usuarios y acorde a lo que relatan:

- “Ahora soy más persona”.
- Fortalecimiento del grupo de pares.

- Sentimientos de logro y sentido de autoeficacia en el ambiente.

Desde los familiares:

- Fortalecimiento de redes secundarias.
- Generación de un espacio de contención y cooperación mutua.

Desde la institución:

- Centro Docente Asistencial Universidad Andrés Bello y Universidad Autónoma de Chile.
- Posicionamiento dentro de la red de salud de la comuna de Ñuñoa.
- Posicionamiento en la red de rehabilitación psicosocial de la zona oriente.
- Posicionamiento dentro de COSAM.
- Postulación a concursos: literario, usuario fue uno de los ganadores.

El desafío está relacionado a:

- Continuar la reflexión, creando en torno a las necesidades.
- Pasantías en pro de mejorar las prácticas.
- Implementación de un espacio físico más amplio.
- Potenciar el trabajo con familiares.
- Visibilización en el entorno de COSAM, generando nuevas redes en búsqueda de espacios de inclusión, derribando mitos asociados a las patologías en salud mental.
- “Centro de día”, cercano y abierto a la comunidad.

Referencias bibliográficas:

De las Heras, C., Llerena, V., Kielhofner, G. (2003). Proceso de remotivación: Intervención progresiva para individuos con desafíos volicionales severos. Chile: Reencuentros.

LeBlanc, L., Espinoza, M. Intervención Psicoeducativa en Salud Mental (2008). El desafío de la intervención psicosocial en Chile. Aportes desde la Psicoeducación. Chile: RIL Editores.

Madariaga, C & Guajardo, A. (1998) Una experiencia de Psiquiatría social, pp 34

Rodríguez, A. (1997). Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Pirámide.

Minoletti, A. & Narváez, P. (sf). Chile: Lecciones aprendidas en la implementación de un modelo comunitario en la atención de salud mental. Salud mental en la comunidad. Capítulo N° 24, pp 339- 348.

Rivas, F. (2000). La Psicosis en la Comunidad. pp 263-283. España: A.EN./ Estudios.

Uriarte J. (2007). Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria. Rehabilitación Psicosocial. Vol. 7. Número 2, pp 87-105.



Foto 1.



Foto 2.

Trabajo N° 10

Proceso de Egreso en Rehabilitación Psicosocial: Oportunidades y desafíos para la autonomía

Autores: María Paz, Martínez R.¹, Eduardo Ramírez B.², Daniela Robles R.³

1 Coordinadora; Corporación Bresky, Viña del Mar

2 Psicólogo; Corporación Bresky, Viña del Mar

3 Terapeuta ocupacional; Corporación Bresky, Viña del Mar

.....

La problematización del proceso de Egreso tiene relación con aspectos históricos relativos al ámbito de la salud mental: desinstitucionalización, inclusión social, estigma y autonomía.

Desde la reforma psiquiátrica en nuestro país encontramos experiencias en dispositivos extra hospitalarios, pero manteniendo la relación paternalista y jerárquica que se construye en instituciones totales (Goffman), manteniendo y focalizando en el usuario todo tipo de tratamiento e intervención a realizar.

Nos proponemos como desafío entonces un vuelco, una nueva forma de trabajar, desde un enfoque integral. Ante esta perspectiva, se nos plantea la dificultad que presenta la vaguedad del constructo de inclusión social, que genera la necesidad de definir indicadores, logros, hechos, hitos en la vida del/de la participante que brinden un punto de inflexión, de experimentación y de orientación para concretar un proyecto de vida.

Es aquí donde la autonomía pasa de ser un “entrenamiento” de habilidades sociales, instrumentales, ocupacionales, entre otras y se enfrenta a los diferentes contextos sociales y junto a esto a una de las barreras intangibles más potentes dentro del ámbito de la salud mental: el estigma.

Las reacciones del entorno frente a los mitos en salud mental dan pie a la sobreprotección que experimentan estas personas por parte de sus parientes, amigos/as, conocidos y profesionales del área de la salud mental. Lógicamente, estas conductas pueden conllevar graves consecuencias, como la negación o desvalorización de sus habilidades y talentos, el autoestigma y profecía autocumplida, al no reconocer a esta persona como un ser humano autónomo.

Corporación Bresky: Alternativas en salud mental desde 1980

La Corporación Bresky surge el año 1980, siendo una experiencia que antecede a la Reforma Psiquiátrica en Chile. En la actualidad, la Corporación Bresky cuenta con tres Centros Diurnos en Viña

del Mar, Peñablanca y Valparaíso, un Club Social en Peñablanca y un Centro de formación Laboral en Valparaíso.

Nuestra Misión: “Implementar todo tipo de iniciativas que favorezcan el desarrollo integral y realización personal de las y los ciudadanos que formamos parte de Bresky. Asimismo, sensibilizar y educar a la población respecto a la salud mental.”

Corporación Bresky Viña del Mar¹

Nuestro Centro Diurno comienza como iniciativa el año 2010, cuando se comienzan a realizar los primeros acercamientos a la red de salud y salud mental.

Desde fines del 2010 hasta fines del 2012 realizamos un período de captación de participantes, de reconocimiento de la red, lo cual se consolida en diciembre de 2012 mediante la adjudicación de la licitación del Hospital Gustavo Fricke como prestadores de “servicios de rehabilitación psicosocial para personas de 18 años y más con discapacidad de causa psiquiátrica”, fortaleciendo así la Red de Servicios de Salud Mental.

Objetivo de las acciones realizadas

El establecimiento de un Modelo que se consolida en el llamado Proceso de Egreso, constituye un proceso de trabajo no sólo para el/la participante, sino para todos/as quienes nos encontramos involucrados/as en su proceso de rehabilitación psicosocial y que como equipo nos interesa analizar desde las implicancias técnicas, metodológicas, teóricas, afectivas y subjetivas.

En el ámbito de la salud mental, donde es frecuente escuchar la palabra “enfermedad crónica”, es difícil establecer límites para la atención de los/as usuarios/as, cuestión que se ha puesto en discusión en términos del “alta administrativa”. Desde nuestra perspectiva y desafíos, nos enfrentamos a un proceso en que la desvinculación del/ de la participante se conceptualice como un proceso exitoso no conducente a la derivación a otro dispositivo de salud mental, cuestión que sólo conduce a la “institucionalización ambulatoria”.

El objetivo de este proceso es generar desvinculaciones institucionales exitosas, apoyando el proceso de inclusión social, laboral, educativa, deportiva, cultural, entre otros, dependiendo de los intereses, habilidades y oportunidades de cada participante.

Las estrategias que visualizamos en un primer momento fueron: conceptualización del dispositivo de rehabilitación psicosocial, charlas motivacionales y de orientación vocacional, empleo con apoyo, micro emprendimiento, vínculos con el mundo laboral, conocimiento y uso de recursos comunitarios.

Descripción de las acciones realizadas

Visualizamos el Egreso como un proceso que debe contar con condiciones como el cumplimiento de los objetivos de rehabilitación, logros que se consideren avances significativos para el/la participante,

1. Para más información visite www.facebook.com/breskyvinadelmar www.issuu.com/creandocambios o www.bresky.cl

su familia y el equipo, para decidir conjuntamente y generar un proceso de co-construcción que prepare al sujeto para el egreso de la Corporación Bresky. Todo esto, a partir de una desvinculación progresiva que fomente la vinculación del/ de la participante con otras redes, para que de esta forma no exista una dependencia hacia el centro y también para que el egreso no signifique una experiencia negativa.

Algunas de las acciones realizadas fueron: Reflexión, análisis, disensos y acuerdos a nivel de equipo; creación de instrumentos específicos; distribución de funciones, roles; generación de dispositivos específicos para este proceso (Grupo de seguimiento).

Logros obtenidos

Desde la implementación del modelo a principios del presente año, hemos logrado llegar (en agosto 2014) a un total de 8 participantes en proceso de egreso, de los cuales 3 ya se encuentran en etapa de seguimiento. De éstas personas, una se encuentra en su práctica laboral, dos trabajando, otra cursando una carrera universitaria, dos con emprendimientos laborales concretos, otra se insertó en actividades de organizaciones comunitarias de su barrio y una capacitándose en cocina internacional.

Condiciones o factores facilitadores de la experiencia	Condiciones o factores obstaculizadores de la experiencia
<ul style="list-style-type: none"> • Co-construcción del proceso de rehabilitación • Consolidación de un equipo interdisciplinario • Adquisición de herramientas personales por parte de los/as participantes • Disposición del/la participante al Egreso 	<ul style="list-style-type: none"> • Personales: <ul style="list-style-type: none"> Establecimiento de hábitos Falta de claridad sobre proyecto de vida Autoestigma • Familiares: <ul style="list-style-type: none"> Infantilización y/o sobreprotección Devaluación Miedo al estigma Construcción de estilos relacionales nocivos • Contextuales: <ul style="list-style-type: none"> Accesibilidad y falta de oportunidades reales Prejuicios, mitos y estigma Rendimiento y competitividad

Análisis de la experiencia	
Innovación	<ul style="list-style-type: none"> - Conceptualización de la experiencia como Egreso exitoso, no alta, ni deserción. - Incorporación a metodología en el marco histórico y de la Corporación Bresky.
Factibilidad	<ul style="list-style-type: none"> - Modelo de trabajo de la Corporación Bresky - Cuestionamiento del equipo de trabajo - Condiciones laborales y R.R.H.H - Apertura del medio
Sostenibilidad	<ul style="list-style-type: none"> - Sostenibilidad dada por la rigurosidad del establecimiento y sistematización de un Modelo - Continuidad de una lógica de trabajo horizontal e interdisciplinaria
Transferibilidad	<ul style="list-style-type: none"> - Condiciones específicas de trabajo de la Corporación Bresky - Paradigma biomédico vs. biopsicosocial - Objetivos - Visión más allá de la red de servicios de salud mental - Políticas Públicas
Impactos positivos en los/as usuarios/as	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento del bienestar subjetivo - Posibilidad de exploración de alternativas de proyecto de vida - Aprendizaje a través de la experiencia - Inclusión real en espacios laborales, educativos, culturales, comunitarios, etc.
Reconocimiento externo y de la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> - Familiares - Evaluaciones externas realizadas al Centro Diurno Viña del Mar - Coordinación con instituciones de la red de servicios de salud mental - Generación de una red de trabajo fuera del ámbito de salud mental



Foto 1.



Foto 2.

Mesas de Trabajo

Mesa

4

“Intervención Comunitaria en Salud Mental”



Trabajo N° 1

Logros y desafíos de La Comunidad Terapéutica de Peñalolén: 25 años de cuidados comunitarios en Salud Mental

Autores: Carla Sandoval S.¹, Alejandra Mujica T.², Viviana Pereda R.¹, Gloria Silva E.²

1 Psicóloga; Comunidad Terapéutica de Peñalolén (Corporación CORDES) Santiago

2 Terapeuta ocupacional; Comunidad Terapéutica de Peñalolén (Corporación CORDES) Santiago

Problema que motivó el desarrollo de la experiencia

En los años ochenta La Cooperación Italiana apoyó en la comuna de Peñalolén, a través de una ONG, a la atención primaria con programas de salud integral. Estos equipos entregaban atención de salud y salud mental a los pobladores/as y vecinos/as de la parroquia San Roque, que colaboró también en infraestructura con una sede. Dentro de las actividades realizó diagnósticos comunitarios de salud y salud mental, usado para orientar sus estrategias. En esa época se detectaron personas con problemas graves de salud mental que no recibían tratamiento.

Es la experiencia de la Cooperación Italiana con la reforma psiquiátrica llevada a cabo en Italia, así como los valores que inspiraron a las y los profesionales que participaban de ese equipo en esa época, lo que mantiene actualmente unido a este colectivo. La convicción y la experiencia mostraban la necesidad de modernización, la oportunidad de proponer reformas a los tratamientos de salud mental, así como visibilizar los derechos humanos de las personas con graves problemas de salud mental y especialmente con psicosis. En base a estos diagnósticos se diseñó al interior del vecindario un espacio de acogida y acompañamiento ambulatorio de personas con problemas de salud mental, dolor mental y diagnóstico psiquiátrico. Por otra parte, también se generaron actividades de educación y sensibilización de las familias y el vecindario en relación al derecho a tratamiento en salud mental.

Este grupo o colectivo tratante, conformado por las y los profesionales, se constituye con los años en una Corporación que tiene por objetivo mejorar el acceso y el derecho a la salud, rehabilitación y otros derechos, de personas con problemas graves en salud mental, que en un 70% tenían un diagnóstico médico de esquizofrenia, y en promedio 40 años de edad y dos hospitalizaciones de causa psiquiátrica. Parte de esta situación se comprende por la falta de oportunidad en los tratamientos, tanto médicos como psicosociales.

Objetivos de la experiencia

- Favorecer procesos de inclusión social de personas con problemas de salud mental en contextos comunitarios.
- Generar condiciones para el acceso a derechos económicos, sociales y culturales de personas con problemas graves de salud mental.
- Aportar en la elaboración y diseño de políticas públicas, desde perspectivas de las ciencias sociales a los abordajes en salud mental.
- Desarrollar un espacio ambulatorio de acogida y de contención para personas adultas hombres y mujeres, con diagnóstico de trastorno mental severo o situación de discapacidad de causa psíquica.
- Disminuir el número de hospitalizaciones de causa psiquiátrica de un grupo de personas con problemas graves de salud mental.
- Desarrollar un espacio de orientación y contención a las familias y redes significativas para las personas con problemas graves de salud mental.

Metodologías utilizadas

En un primer periodo, comprendido entre los años 1988 y 2000, se realizaron diagnósticos participativos de salud mental con la comunidad local, a fin de identificar la situación de salud mental de la población. Se expresaron dificultades para el acceso a tratamiento y rehabilitación y la falta de información en relación a los recursos y dispositivos existentes, además de los servicios ofrecidos.

Se desarrolló una grilla de actividades, que en la actualidad se agrupan en torno a actividades del ambiente dentro de la comunidad, al intercambio social y actividades grupales e individuales terapéuticas, a cargo de una tallerista. Constituyen esta grilla los siguientes grupos: Asamblea, Grupo de Intercambio Cultural, Arte, Mosaico, Modelado, Movimiento corporal, Biblioteca, Cognitivo, Cocina, REDcicla, Bazar.

Se realizan reuniones semanales tendientes a agrupar personas diversas alrededor de sus dolores mentales y sus dificultades cotidianas, así como socializar un modo de estar juntos y cuidar nuestro entorno, informar a las personas sobre temas relacionados con la salud mental y el malestar psíquico y sobre sus derechos, a través de asambleas y grupos de conversación.

Se realizan también talleres de actividades que involucran al cuerpo especialmente en movimientos de expresión, tonificación, estiramiento y relajación; reuniones del equipo psicosocial para el diseño y coordinación de las diversas intervenciones sin perder de vista las necesidades particulares de cada situación recibida; reuniones de trabajo con la red, con otros profesionales de la red de atención del área local en la que trabajamos. El propósito era la sensibilización en salud mental, comprendida más allá de la "enfermedad mental".

En un segundo período, hasta hoy, hemos explorado además en el diseño e implementación de un programa de integración laboral, en aseo y jardinería, financiado en tres oportunidades por FONADIS.

Incorporamos también la planificación y desarrollo de acompañamientos terapéuticos en acuerdo

con usuarios/as, con el propósito de facilitar el acceso a derechos. Esta estrategia consiste en planificar, implementar y reevaluar el trabajo en base al proyecto terapéutico. Se realizan acompañamientos cercanos en contextos comunitarios, residencias, servicios públicos, trámites, comercio, liceos, estudios superiores, oficinas de colocación e intermediación laboral, gerencia de vivienda, entre otros. Esta función de acompañamiento es supervisada constantemente por integrantes del equipo.

Desarrollamos espacios de coordinación y diálogo permanente con toda aquella autoridad o dispositivo de salud interesado en el tratamiento que damos a las personas en situación de discapacidad psíquica y trastorno mental severo. En este aspecto, hemos generado dos tipos de reuniones con la red: las constelaciones y las reuniones de coordinación. Las primeras, son reuniones de trabajo de todos los dispositivos y programas que trabajamos en relación a una familia o algún usuario en particular. Esta reunión incluye al usuario. Se organizan con frecuencia variable, mensual o bimensualmente. Han sido parte de estas constelaciones, equipos de distintos dispositivos de la red de salud mental. Las reuniones de coordinación son con una o dos representantes de equipos de la red, con quienes trabajamos la situación de una persona o familia, coordinando acciones y proyectando la complementariedad de las intervenciones.

Finalmente, implementamos un sistema de trabajo con las familias y referentes significativos para usuarios/as. Esto adquiere distintas modalidades, dependiendo de la gravedad y necesidades de cada usuario y familia. Se organizan en reuniones semanales hasta asambleas colectivas dos veces en el año.

Resultados

Desde fines de la década de los 80 a la fecha brindamos continuidad de un trabajo ininterrumpido con personas con problemas graves de salud mental y sus familias. El trabajo desde el año 1990 se ha mantenido en tareas de rehabilitación psicosocial a través de un convenio suscrito desde esta época con el Servicio de Salud Metropolitano Oriente de Santiago y que ha facilitado el acceso a rehabilitación para más de 500 personas hasta la fecha.

El 95% de las personas usuarias del programa no ha requerido hospitalización psiquiátrica. Uno de los logros es la disminución del número de hospitalizaciones, producto de la continuidad de los tratamientos y cuidados cercanos, ambulatorios y en coordinación con los equipos tratantes.

Se ha logrado sostener el trabajo, a pesar de las condiciones de transformación social y política de las últimas décadas. Somos una experiencia que ha transitado el difícil proceso de pasar de ser un organismo no gubernamental, orientado al apoyo de personas en situación de vulnerabilidad y contenida dentro de la lógica de la cooperación internacional para la recuperación de la democracia a nuestra actual realidad social y económica, que nos identifica con un organismo privado sin fines de lucro, pero que en la práctica debe licitar como una empresa, los cupos de rehabilitación bajo condiciones monopólicas por parte del Servicio de Salud.

Esta relación con el sistema público de salud, nos ha permitido participar activamente en la generación de condiciones para implementar la reforma a los sistemas de tratamiento en salud mental, impulsada desde el Ministerio de Salud. Nuestra institución ha gestionado e implementado

dispositivos y programas tales como: centro de día, hogares protegidos, clubes sociales, programas laborales protegidos.

Como institución hemos participado activamente tanto en el diseño de orientaciones y normas técnicas, en relación a rehabilitación psicosocial de personas adultas en contextos comunitarios, ambulatorios y residenciales, como también en la implementación y seguimiento del primer hogar protegido financiado con fondos públicos en el área oriente de Santiago (1992, FOSIS).

Hemos participado en la creación y gestión de la primera experiencia laboral protegida, una pizzería en la comuna, para generar puestos de trabajo a usuarios del programa y sus familias y que con los años ha dado lugar a que sean las familias las que administran hasta la actualidad esta iniciativa. Además, hemos entregado apoyo en la formación de una agrupación de familiares.

Diseñamos e implementamos la OASE, Oficina de Apoyo y Seguimiento a la Externalización. Este programa apoyó a quienes se interesaron por integrarse a iniciativas laborales, residenciales, de salud y sociales. El equipo trabaja con el propósito de integración social.

Participamos de una red de rehabilitación psicosocial de la que participan todas las comunas del área, con dispositivos con diferentes grados de estructuración en rehabilitación.

Y por último, reconocemos como un logro la consolidación de un modelo de intervención desde un Enfoque de Derechos, que en la práctica integra actividades e intervenciones directamente relacionadas con el acceso y ejercicio a los derechos de salud, vivienda, educación, trabajo y sociales.

Impacto

Este proceso además se reflejó al interior del Ministerio de Salud en la necesidad de instalar diálogos participativos y la inclusión de organismos psicosociales con el objeto de modernizar y reformar el tratamiento en salud mental, a través de un Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría impulsado públicamente el año 2000. Esta revitalización y visibilización de la necesidad de mejorar la atención de salud, así como la evidencia de los índices de pérdida de años de vida productiva y las enormes consecuencias de las enfermedades de salud mental para la sociedad han mantenido vigente la demanda de tratamientos ambulatorios en rehabilitación psicosocial.

Hemos accedido a fondos públicos a través de convenios con el área de salud mental del SSMO.

Mantenemos desde el año 2008, una relación de colaboración con Fundación Rostros Nuevos, que se traduce en apoyo económico por su parte a nuestra institución, asesorías en la gestión de hogares protegidos y en formulación de actividades de extensión en inclusión social y rehabilitación psicosocial.

Mantenemos desde los inicios de la Comunidad, vínculos formativos con universidades, en las disciplinas Psicología y Terapia Ocupacional. Esto ha permitido el apoyo al trabajo del equipo, más recursos económicos para la realización de actividades del programa e injerencia en la formación de profesionales en contextos ambulatorios, desde enfoque de derechos. Hemos participado en la formación de más de 70 terapeutas ocupacionales y 20 psicólogas/os.

En estos 26 años las integrantes del equipo cuentan con formación especializada y actualizada, a

través de cursos de formación continua y la realización de postgrados. Por otra parte, es una constante en los equipos la relación de las profesionales a la pertenencia a departamentos de formación universitaria (Universidad de Chile, Universidad Católica, Universidad Andrés Bello, Alberto Hurtado y Silva Henríquez).

Desde el 2005, mantenemos intercambio cultural y de formación con la Clínica de Saumery en Francia. Esto se ha traducido en pasantías de formación de psicoterapia institucional, intercambios culturales entre talleres y asamblea, organización y participación en coloquios en torno a psicosis y problemáticas clínicas.

Supervisiones de practicantes, pasantes de psicología y terapia ocupacional, nacional e internacional. La supervisión de practicantes de terapia ocupacional ha sido continua desde el año 2005, con las Universidades de Chile, Andrés Bello y Universidad Mayor. En psicología, hemos supervisado a estudiantes de las Universidades de Chile, Alberto Hurtado, Andrés Bello, SEK y Bolivariana. El interés por desarrollar pasantías en nuestra institución, ha permitido también compartir nuestra experiencia y supervisar a psicólogas/os y terapeutas ocupacionales egresados de universidades chilenas y de Brasil.

Desarrollamos nuestro trabajo hace 26 años en el mismo barrio; las vecinas y vecinos reconocen este lugar como un espacio de orientación y contención del sufrimiento mental, además de reconocer las actividades de intercambio abiertas, como el trabajo en REDcicla, circulación de objetos de arte y bazar mensual comunitarios.

Desafíos

Avanzar en el desarrollo de un modelo de trabajo, desde un enfoque de Derechos. Hemos consolidado, en estos 25 años de experiencia, un modo de pensar e intervenir la experiencia de personas con problemas graves de salud mental. Ha sido en base a las necesidades expresadas por usuarios y usuarias del programa, y en base a nuestros principios éticos, que generamos un plan terapéutico, que es dialogado cada año, atendiendo a emergentes y proyectos de vida a corto, mediano y largo plazo. Atendiendo además a las condiciones sociales y políticas de los distintos momentos. Los objetivos son planteados en relación al ejercicio en distintos derechos, especialmente, derecho a la educación, trabajo, salud, vivienda y participación ciudadana. Junto a esto, desde el año 2006 hemos impulsado una "grupalidad" que llamamos "Colectivos". Estos tienen como propósito facilitar el acceso a cada uno de los derechos señalados. En la cotidianidad de nuestra institución, organizada por la Asamblea Comunitaria, es siempre un tema a abordar el de los derechos, fortaleciendo el estatuto de sujetos de derecho, interpelando colectivamente a fortalecer la autonomía, tarea compleja, dado el histórico debilitamiento de los lazos e invisibilización de la situación que experimentan las personas con las que trabajamos. Hemos desarrollado proyectos y hemos participado de instancias que se orientan en esta línea, el observatorio de derechos para personas con discapacidad mental, compartiendo nuestra experiencia en una mesa acerca de inclusión en el Museo de la Memoria, taller de derechos humanos y discapacidad (2006) organizado por nuestra institución.

Formulación de proyectos y postulación a fondos concursables. Durante todos estos años hemos formulado proyectos para acceder a fondos concursables. No hemos limitado esta línea de trabajo al ámbito salud mental, sino también en temas de interés público, como el medio ambiente y la sustentabilidad. Ha habido una búsqueda constante por fondos que permitan mejorar las condiciones de trabajo del equipo, infraestructura y calidad de las condiciones que los grupos requieren para realizar un buen trabajo en condiciones dignas.

Potenciar las actividades de formación de los equipos de la Comunidad. Nuestro equipo pretende seguir participando de actividades de formación continua, generadas por la corporación y por universidades, así como por organismos del Estado.

Trabajo N° 2

De vuelta al Barrio, una experiencia de recuperación

Autores: Gerardo Catalán T.¹, María Ruiz R.²

1 Orfebre; Centro de Recuperación A.M.O.R.E., Agrupación de Monitores para Rehabilitación en Salud Mental, Osorno, Región de Los Lagos

2 Ceramista; Centro de Recuperación A.M.O.R.E., Agrupación de Monitores para Rehabilitación en Salud Mental, Osorno, R. de Los Lagos

Objetivo de la experiencia

El objetivo de nuestra experiencia es resolver la carencia de espacios de rehabilitación o recuperación para discapacitados/as psíquicos, en modalidades intermedias entre los servicios de psiquiatría y la comunidad.

Para esto, se hizo necesario que el Centro se instalara en el corazón de la propia comunidad.

Es así como en el mes de agosto del año 2013 conseguimos con SRVIU Osorno, el comodato de una propiedad ubicada en la Población Pedro Aguirre Cerda, barrio de un sector popular de la Comuna de Osorno, Región de Los Lagos.

¿Qué es el Centro de Recuperación?

El Centro de Recuperación como tal inicia su tarea el año 2013 y es el resultado de distintas iniciativas que desde el año 2002 venimos desarrollando un grupo de personas que, a esa fecha, trabajábamos como monitores/as en el Centro de Salud Mental, Osorno.

Si bien quienes trabajamos en el Centro de Recuperación veníamos de mundos ajenos al de la salud mental hay que hacer notar que desde el año 2002 nos integramos en calidad de monitores, a distintos talleres en el Centro de Salud Mental Osorno, en sus diversos dispositivos, Centro Diurno de Rehabilitación, Hospital de Día, Unidad de Corta Estadía, Programa de Alcohol y Drogas y Comunidad Terapéutica Peulla.

Un poco de Historia

Eran tiempos en que se instalaba la idea de Modelo Comunitario para la Salud Mental en Chile, a partir de la creación del Plan Nacional de Salud Mental el año 2000. Esto se hace determinante en nuestra práctica, ya que entendemos que de algún modo el modelo estaba abierto a la participación de distintas miradas y que claramente y en forma expresa permitía líneas de trabajo que ampliaban el abanico, más allá de la sola dimensión biomédica.

Es así como el 17 de julio del 2002 creamos una agrupación comunitaria, la Agrupación de Monitores para Rehabilitación en Salud Mental, A.M.O.R.E

A.M.O.R.E nos permite crear vía proyectos, dos líneas de trabajo, la primera línea se orientaba a conseguir materiales, maquinaria y herramientas para la realización de distintos talleres (costura, computación, fotografía digital fueron nuestras primeras actividades).

La segunda línea estaba relacionada con la necesidad de abrir el tema de la salud mental a la Comunidad, considerábamos que una forma real de ayudar a romper estigmas y prejuicios era integrar a los usuarios a actividades en que hubiera espacio para la participación de la comunidad.

Es así como, junto a un primer grupo de usuarios, nos instalamos en un espacio autónomo, fuera del Centro de Salud Mental, en una propiedad ubicada en el sector céntrico de Osorno.

Instalados en ese lugar, desde el año 2005, emprendimos otra serie de proyectos que permitieron el encuentro y apertura hacia la comunidad. Con no poca dificultad convencimos a encargados municipales de poner a nuestra disposición para la realización de una serie de mosaicos, las Jardineras de la Plazuela Yungay, sector donde confluyen una gran cantidad de personas en la ciudad.

Finalmente la idea es aceptada y constituye la primera experiencia integradora, en donde usuarios y comunidad realizan un trabajo conjunto, además se crean una serie de talleres, también abiertos y réplicas de la experiencia de los mosaicos, que siguen facilitando la integración.

Se hacen significativas estas experiencias ya que esto era transitar desde los márgenes culturales y sociales hacia la "ocupación" o recuperación de espacios vedados o "autovedados", esto, no solamente desde un discurso abstracto sino que mediante una práctica real.

Por otro lado, el naciente Club de Integración obligaba a hacerse cargo de actividades aparentemente cotidianas, pero que para la gran mayoría de sus integrantes resultaban nuevas, desde la preparación diaria de almuerzos, la planificación de las compras y la realización de éstas, la mantención del aseo, el lavado de la loza, la fabricación de muebles para el Club, etc.

Fundamento teórico

Si bien nuestro trabajo no tuvo en sus inicios un fundamento teórico, reconocemos que se inscribe dentro del llamado a una nueva configuración de modelo, el entonces Plan Nacional de Salud Mental, que hace énfasis en la Salud Mental Comunitaria. Destacamos una charla dictada por el Dr. Martín Cordero, el año 2004, en el Centro de Salud Mental, Osorno, en donde expresa que "...la Rehabilitación es un concepto en busca de significado..." dejando la puerta abierta a la búsqueda de respuestas. Destacamos igualmente la mirada transformadora del psiquiatra Luis Weinstein y todos sus aportes.

El centro de nuestro quehacer está orientado por la profunda convicción de que el diagnóstico es solo un dato más, el que no significa un freno para la exploración de todas las capacidades latentes de los seres humanos y la experiencia vivida así nos lo demuestra.

Nace el Centro de Recuperación

Hecha la experiencia previa que significaron las distintas iniciativas y proyectos que buscaban un

acercamiento a la comunidad, y ya establecidos como Club de Integración nos dimos cuenta que esto no bastaba, ya que si bien existía como un espacio de socialización, recuperación de habilidades y promoción de Derechos, comienzan a surgir nuevas necesidades e inquietudes. Se hacía presente la búsqueda de actividades orientadas a lo laboral.

Las primeras experiencias de reinserción laboral que se intentaron en el área privada y pública eran igualmente sucesivas experiencias de fracaso y desmotivación. Por ejemplo, las personas no lograban soportar jornadas de ocho horas, renunciaban por dificultades en relaciones laborales; a otras personas, las que soportaban jornadas de ocho horas, les resultaba difícil mantener continuidad por más de tres o cuatro días seguidos.

Es así como diseñamos un modo distinto de trabajo, que estuviera centrado en las aspiraciones manifestadas por los usuarios, y además respetara los tiempos individuales respecto al modo de enfrentar la experiencia laboral.

¿Cómo nos organizamos?

En el Centro de Recuperación funcionan 4 instancias de recuperación:

1. Club de Integración

Incluye actividades orientadas a que las personas que asistan fomenten la mayor autonomía posible, disminuir su dependencia respecto de su familia más directa, restablecer las dinámicas familiares, facilitar su integración a la comunidad, y favorecer estructuración y uso sano del tiempo libre.

2. Apresto Laboral:

Este taller tiene como propósito adquirir, recuperar y/o promover habilidades laborales, entre ellas la organización del tiempo, el cumplimiento y adaptación a horarios y relaciones sociolaborales, iniciativa y autonomía personal.

3. Talleres Protegidos:

En estos talleres, las personas adquieren distintos tipos de habilidades, se capacitan tomando en cuenta sus intereses o particularidades. Son de libre acceso, en donde el participante se pone a disposición y colabora con la actividad planteada por el encargado de taller.

En los Talleres Protegidos se entrega la posibilidad a aquellos participantes con más experiencia a hacerse cargo de alguna actividad concreta.

4. Taller de Pares:

En la práctica del Recovery existe una figura clave, denominada par o compañero-promotor, se define así a la persona con discapacidad de causa psíquica que elige utilizar su experiencia personal para apoyar y ayudar a otros usuarios en su recuperación.

Para esto existe un entrenamiento que enseña destrezas básicas que apoyan el proceso de recuperación y adiestra en cómo apoyar a otros usuarios en mantener y mejorar su proceso de

rehabilitación.

Como parte de este proceso contamos con taller de Panadería, taller de Madera, taller de Cocina y Repostería, taller de Fieltro, Tejido y Telar, taller de Embutidos, taller de Huertos y Jardines, Servicio de Coffee Break, Puesto de atención semanal en Feria Libre rotativa y atención de público en local de Pueblito Artesanal de Osorno

Factores que hoy favorecen nuestra práctica:

- Estar insertos en un barrio.
- El equipo trabaja más de 10 años en Salud Mental
- Generación de roles o responsabilidades en base a habilidades o aspiraciones individuales y no centrado en la patología que cada persona presenta.
- Participación de usuarios en actividades que generan espacios para el cambio cultural en la percepción de la «locura».
- Un acompañamiento estructurado bajo la forma de un guía, un/a compañero/a donde la estructura usuario/guía no está basada en el ejercicio del poder que supone el estar a cargo de las actividades, sino más bien en el desarrollo de un vínculo centrado en el respeto por el otro.
- Una forma de trabajo que integra la propia experiencia del usuario a la Recuperación de sus compañeros, en todos los niveles posibles. Es así como son usuarios que participan en el encuentro inicial con aquel compañero que recién ingresa, así como también participan en reuniones de Coordinación con los diversos dispositivos de la red.

Resultados e Impacto

Estar aquí ha generado una serie de relaciones nuevas, con cambio de perspectiva desde el estigma y la integración; esto a partir de que en el funcionamiento del Centro se generaron una serie de actividades vinculadas a los habitantes de este sector.

El cambio ha estado lleno de significados ya que la mayoría de los integrantes del Centro pertenecen a este barrio y otros sectores populares de la ciudad.

El insertarnos en forma real en la comunidad ha permitido un avance importante ya que esto permite a las personas asumir el mundo con todas las dificultades que esto incluye, por tanto es una invitación permanente a desarrollar potencialidades.

Se ha recuperado un espacio que a la vez es un espacio que recupera.

Desafíos

- Poder ampliar el espacio físico con que contamos, el que se ha hecho insuficiente.
- La sistematización de la experiencia se hace necesaria y esperamos que en un futuro próximo esto sea posible.

- Lograr acuerdos y estrategias para la inclusión laboral de pares con el Centro de Salud Mental, de manera que éstos puedan integrarse paulatinamente al apoyo y trabajo de recuperación de sus compañeros.

Finalmente, “Entendemos la salud mental comunitaria como algo más que salir fuera de las unidades de salud mental o de las unidades de psiquiatría de los hospitales generales; como algo más que una atención extra hospitalaria; y como algo más que unos programas para grupos marginales, experiencias piloto para poblaciones en riesgo, o una psiquiatría pública para sectores de escasos recursos.

La salud mental comunitaria exige unos compromisos públicos y una participación ciudadana que vaya más allá de la óptica del consumidor; una ciudadanía responsable que incorpora valores democráticos y responsabilidad compartida”.

Trabajo N° 3

Escuelas de Monitores en Salud Mental Comunitaria como Estrategia de Participación Comunitaria en Salud Mental. Integración Universidad, Instituciones Locales de Salud y Comunidad

Autores: Esteban Encina Z.¹

1 Psicólogo Universidad de Chile. Coordinador Programas de Tratamiento de Adicciones. Centro de Salud Mental COSAM La Pintana. Coordinador de Extensión Equipo de Trabajo y Asesoría Sistémica. Facultad de Ciencias Sociales. Dpto. de Psicología. Universidad de Chile.

1. Fundamentos para una estrategia de participación en salud mental

La creciente carga de enfermedad de los fenómenos asociados a la Salud Mental a nivel mundial y nacional tensionan constantemente la evaluación de las políticas públicas en la materia, confrontando la propia definición sobre Salud Mental así como las formas y metodologías de intervención posible. En este sentido, un breve diagnóstico del estado actual en Chile permite mostrar en un primer plano la falta de planificación a la hora de evaluar los programas¹, que, cuando son posibles, no parecen indicar efectividad (Encina, 2014). Coexiste con ello un precario soporte financiero, donde salud mental dispone de menos del 3% del gasto público en salud, contrario a las recomendaciones de la OCDE y de las propias estimaciones del MINSAL hacia comienzos del 2000 (Minoletti y Zaccaria, 2005). Adicionalmente, los resultados se profundizan en función de la distribución desigual de recursos, constatando efectivamente que en Chile los pobres son más depresivos (MINSAL, 2011) y, con ello, reforzando la íntima dependencia que tiene la salud de las poblaciones con variables sociales estructurales.

Se configura así una política pública en salud mental selectiva y focalizada en determinados fenómenos (patologías GES, por ejemplo), altamente centralizada en relación al diseño (Normas y Orientaciones Técnicas homogéneas y estándar) pero altamente descentralizada en relación a lo administrativo (diversidad de prestadores en salud así como de las condiciones para ejecutar dichas prestaciones) contribuyendo a las desigualdades de oferta y a la variabilidad territorial de la salud mental en Chile. De esta manera, es posible establecer un escenario nacional caracterizado por la débil consideración financiera y política a la Salud Mental en un terreno de indiscutible prioridad en términos del impacto de esta en el bienestar de la población; mientras que, por otra, se constata una ineficacia cuyo mayor impacto se revela en los sectores más vulnerables, sectores que precisamente

1. En efecto, la Estrategia Nacional de Salud para el periodo 2011-2020 traza justamente como uno de sus objetivos estratégicos la construcción y establecimiento de indicadores que permitan evaluar el impacto de los programas en salud mental, reconociendo con ello su baja planificación para la política pública que le antecede (MINSAL, 2011b).

utilizan mayoritariamente los servicios públicos de salud, generando un vicio donde quienes parecen requerir de mayor efectividad en la materia tienen acceso limitado a un sistema que hasta ahora no ha mostrado un impacto significativo.

En consideración a este breve diagnóstico resulta posible identificar al menos dos argumentos centrales que, si bien no resultan exclusivos de la materia analizada, comportan rendimientos a la hora de proponer alternativas a la situación actual de Salud Mental. Por una parte, es posible identificar (1) aquel análisis sobre los procesos de transformación social tendientes a la disminución de inequidades en torno a la distribución de ingresos y otras variables estructurales de modo de incidir en las inequidades de la salud de las poblaciones; mientras que, por otra, es posible identificar (2) el examen sobre las particularidades locales en virtud de las cuales debiesen conducirse estrategias y planes efectivos ajustados a cada enclave territorial, enrocando la centralidad de diseños con la descentralización administrativa, de modo de construir diseños que contemplen particularidades sociales, históricas y culturales, mediante una estructura administrativo-financiera centralizada que garantice su operar; todo lo cual incidiría en mayor efectividad de las políticas públicas en Salud Mental.

Frente a estos requerimientos, la participación de esferas no institucionales ni familiares, es decir, de la sociedad civil, aparece como un mecanismo idóneo que permite articular ventajas comparativas en la solución a problemas sociales, posicionándose en un espacio estratégico y privilegiado entre los dos argumentos antes señalados. En primer lugar, frente a la magnitud que representan los procesos de transformación social, gran parte de la promoción en participación se ha centrado en las potencialidades de esta para fomentar la organización y el empoderamiento de la comunidad hacia el cambio social (Delamaza, 2010; Kilksberg, 1998). En segundo lugar, la búsqueda de dicha transformación social y empoderamiento puede encontrar un medio en la participación local, vinculando organizaciones de la sociedad civil con instituciones locales en un esfuerzo por realizar diagnósticos comunitarios precisos, diseños conjuntos de estrategias e implementación y métodos de evaluación y monitoreo compartidos (Raczinsky y Serrano, 1998), con lo cual la participación impacta en la efectividad de las políticas y programas en la materia al tiempo que permite incidir en procesos de transformación desde una escala menor. Ambas hipótesis situarían a la participación como mecanismo que permitiría condiciones para avanzar en mejores niveles de salud mental, tanto por la vía de la co-responsabilidad de la gestión en el ámbito institucional como en la instalación de demandas y acciones para la transformación social.

No obstante estas ventajas, el escenario actual está lejos de resultar en una apología a la participación comunitaria, la que además de mostrarse actualmente debilitada por factores culturales, sociales e históricos, no está exenta de dificultades, obstáculos y críticas que la pueden situar fácilmente como instrumentalización de organizaciones de la sociedad civil para reducir la función pública, potenciar la gobernabilidad y reducir la protesta social.²

Es en este contexto de Participación y Salud Mental nacional que se presenta el dispositivo de

2. Evidentemente el abordaje de la formas asociativas de participación requiere de un análisis detallado, describiendo el recorrido histórico de la asociatividad en Chile así como detallando las principales formas de asociación prevalentes en el país, todo lo cual será revisado con detalle en la siguiente sección. En lo que respecta a este apartado, basta graficar lo que se entenderá por participación comunitaria.

Escuelas de Monitores en Salud Mental Comunitaria –configurada por Instituciones Locales de Salud, Universidad y Sociedad Civil–, como una configuración de ingredientes que han mostrado favorecer condiciones para una participación sostenible, creciente y atingente a los desafíos en materia de Salud Mental.

2. Escuelas de Monitores en Salud Mental Comunitaria y conformación de Agrupación de Monitores en SMC

El proyecto de Escuelas de Monitores en SMC es un dispositivo de formación para la comunidad ejecutado anualmente en la comuna de La Pintana. El proyecto se inicia en 2011 al alero del COSAM La Pintana con la intención de formar miembros de la comunidad en temáticas de salud mental, favoreciendo con ello una mayor vinculación de este centro con la comunidad (derivación, detección temprana, articulación de redes). Gracias a vinculaciones informales, el año 2012 se incorporó al diseño e implementación de la Escuela el Equipo de Trabajo y Asesoría Sistémica del Dpto. de Psicología de la Universidad de Chile, con lo cual se despliegan una serie de procesos que incorporaron novedad tanto en el diseño de la escuela como en el marco operativo general de realización de esta (difusión, certificación, infraestructura, entre otras).

Los resultados entre ambos años difirieron significativamente, cuadruplicando para 2012 la convocatoria, adherencia al proceso, así como la tasa de graduación. La Escuela se nutrió desde ese año de espacios universitarios para la realización de clases (variando con el territorio local), obtuvo mayor legitimidad por medio de la certificación de la Universidad y se logró consolidar un corpus de conocimiento amplio pero específico a las necesidades del perfil de los monitores de La Pintana. Asimismo, se incorporó la participación de diversas organizaciones comunitarias locales para que dictaran clases sobre experiencias en la materia, obteniendo con ello validez ecológica.

Durante comienzos de 2013 se conforma de manera autónoma, imprevista y espontánea la Agrupación de Monitores en SMC Red La Pintana, organización funcional compuesta por monitores graduados de la Escuela, que en adelante participaría de todas las fases de la Escuela y se posicionaría como referente de la comunidad para la participación en el ámbito institucional de salud. Con esto último se consolida definitivamente el modelo de diseño tripartito hoy característico de la Escuela: Universidad, Instituciones locales de Salud y Comunidad en relaciones recíprocas, escalables y colaborativas para la formación y participación en Salud Mental.

3. Modelo de operación

La configuración general de la Escuela de Monitores se sostiene en base a la relación redistributiva de costos y beneficios para cada uno de estos tres “estamentos”. **Universidad** comporta beneficios en tanto se vincula con la realidad social de territorio, ejerce extensión universitaria y sienta terreno para el desarrollo de investigación aplicada al tiempo que asume costos relacionados con la realización de algunas clases en dependencias universitarias, utilización de infra-estructura (salas de espejo, auditorios, patios)³. En tanto, la **institución de salud local** representada por COSAM, comporta beneficios relacionados con la vinculación con la comunidad, la posibilidad de realizar

trabajos conjuntos de manera de aumentar confiabilidad de los diagnósticos y potenciar la validez de la intervención al tiempo que asume costos relacionados con la administración de la Escuela y la ejecución de clases distribuidas según programas del propio COSAM (miembros del Programa de VIF realizan clases de dicha materia, por ejemplo). Finalmente, la **comunidad**, por medio de la Agrupación de Monitores y otras organizaciones comunitarias que participan impartiendo clases, obtienen espacios de poder, conociendo procedimientos y abriendo la posibilidad de incidir en la toma de decisiones tanto del COSAM como de otras instancias institucionales, asumiendo costos relativos a la participación voluntaria. Como es posible advertir, la configuración de la Escuela permite que los costos sean marginales respecto de los beneficios y que un modelo como el que aquí se plantea tenga amplia **transferibilidad** a otros escenarios y **escalabilidad** hacia niveles centrales. En otras palabras, la operación de la Escuela de Monitores resulta en un proceso altamente eficiente.

En términos operativos, la Escuela consta de 14 sesiones teórico-prácticas realizadas con una frecuencia semanal y de una duración aproximada de 2 horas por sesión. Las clases se realizan en la Casa de La Cultura de La Pintana, en dependencias universitarias, así como en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. La descripción del currículum de la escuela excede las posibilidades del presente documento, pero baste con señalar que se compone de dos grandes módulos, relacionados con temáticas de Salud Mental y de la Red de Salud, por una parte, y de Elementos de Gestión Comunitaria, por otra, intentando plasmar el doble rol del monitor como interventor en salud mental al tiempo que gestor de procesos de cambio en la materia. Hacia el final de cada versión, se realiza una ceremonia de certificación en que participan todas las instituciones y organizaciones participantes y se difunde por medio de canales virtuales y medios de comunicación local (Canal 39 de La Pintana)

4. A modo de resultado: hacia un Modelo de Participación en Salud Mental

Uno de los aspectos más relevantes para quienes participan del dispositivo descrito está en las potencialidades de participación asociadas. Así, la Escuela de Monitores puede pensarse como un terreno previo para la generación de condiciones para la participación, lo cual queda evidenciado en la constitución y operación de la Agrupación de Monitores, con los efectos y consecuencias que esta tiene.

La constitución de esta agrupación no se instala en el vacío, sino que llega a posicionarse en un espacio que pareciera predestinado para ella y que levanta tareas iniciales y concretas: la participación en el propio diseño de nuevas versiones de la Escuela, la participación en el Consejo de Participación en Salud Mental del COSAM La Pintana, la participación en otras redes de salud general local y del territorio del Servicio, entre otras. Su asentamiento en COSAM ha permitido además que cuenten con un espacio garantizado de reuniones, tanto de forma autónoma como con profesionales del Centro y de la Universidad, implicándose en actividades de planificación e intervención y también en procesos de investigación en curso por parte de la Universidad (tesis de postgrado).

Un aspecto crucial de dispositivo global es que, dada la recurrencia de versiones de Escuelas de

3. En la actualidad, participa la Facultad de Ciencias Sociales (Dpto. de Psicología) y la Facultad de Medicina (Escuela de Salud Pública), ambas de la Universidad de Chile. En efecto, el modelo de La Pintana está siendo replicado durante este 2014 por el SSMSO, el que se ha basado fundamentalmente en los contenidos y metodologías aquí expuestas.



Monitores realizadas anualmente, se cuenta con un influjo constante de nuevos monitores graduados que potencialmente participarán de la Agrupación de Monitores, nutriendo de forma constante y creciente a la agrupación y protegiéndola de la desestabilización por falta de miembros.

De esta manera, lo que aparece son particulares condiciones emergidas desde un dispositivo pensado inicialmente como pedagógico o de formación, que trasciende hacia una configuración de relaciones entre distintas instancias e instituciones a las cuales se les exige un costo marginal y que tiene la potencialidad de contribuir con ingredientes para una participación permanente, creciente y empoderada.

En la actualidad, los impactos del dispositivo se pueden evaluar a la luz de la participación de la agrupación en la propia Escuela, su implicación en espacios y comités de la Red de Salud, la consolidación de una orgánica con estatutos que les rigen, y la articulación con otros espacios de participación que exceden la salud mental como temática específica, todo lo cual evidencia el camino hacia una consolidación de una plataforma de participación. De manera análoga, el COSAM tiene ahora a su disposición un referente de la comunidad para realizar trabajos transversales conjuntos (cuentas públicas, actividades celebrativas), así como ejecutar una evaluación comunitaria del funcionamiento de sus programas y subprogramas, articulándose con el también naciente Consejo de Participación en Salud Mental y buscando mayor incidencia en la política local del Salud Mental.

5. Desafíos y proyecciones

Ajustando los impactos y cursos descritos en el apartado anterior, es posible identificar cómo la Escuela, su Agrupación y los actores detrás de este dispositivo permiten trabajar de manera coherente con los nodos críticos identificados en el apartado primero sobre diagnóstico general de Salud Mental en Chile. Así, la agrupación, en conjunto con universidad y con la institución Local pueden levantar demandas de transformación que incidan en una mayor equidad en salud al tiempo que pueden incidir del propio diseño y ejecución de la intervención, matizando y particularizando las acciones en virtud de las necesidades locales (descentralización de contenidos, centralización administrativa).

Si bien esto parece coherente, mucho falta aún para que las prácticas concretas puedan tener

un impacto significativo. Una de las tensiones permanentes del dispositivo ha sido definir cuál es el campo de acción del monitor, afinando con ello el perfil de egresado de la escuela así como sus competencias particulares. En este sentido, si bien la vinculación laboral no resulta un objetivo primario, las demandas de los propios participantes y monitores, así como la generación de condiciones de trabajo mínimas ponen en tensión la voluntariedad/remuneración de la actividad del monitor.

En esta misma línea, aun no se cuenta con espacios definidos donde los monitores puedan insertarse en su rol. Si bien pueden participar de sus propias organizaciones comunitarias, mucho se debe aún de un trabajo coordinado con APS para abrir espacios de participación en Salud Mental a nivel territorial. Lo mismo puede señalarse de otros sectores (educación, vivienda, seguridad, etc.), donde se podrían gestionar y abrir caminos para un efectivo impacto de los monitores en relación a las necesidades de la comunidad y el territorio.

En efecto, los propios espacios de incidencia dentro de COSAM aun no están del todo definidos, viendo limitadas algunas posibilidades de decisión por parte de los monitores e incluso de los propios profesionales, y vislumbrándose la necesidad de un trabajo antes no contabilizado: el de generar espacios para la observación y opinión de la comunidad en el operar de los programas de COSAM, lo cual traerá resistencias relativas a los costos que una actividad sistemática como esta requiere por parte de la institución.

Finalmente, cabe señalar que la orgánica de la agrupación no ha estado exenta de dificultades, con algunos signos de oportunismo y conflictos entre liderazgos, cuestión quizás poco esperada de una agrupación cuyo trabajo versa sobre temáticas de salud mental. Sin duda, las condiciones para una participación efectiva y potente requiere de otros aportes y esfuerzos que están aún en curso de ser descubiertos. En lo que sigue, el dispositivo buscará su expansión en el territorio del SSMSO y buscará alianzas colaborativas con instituciones académicas y de salud que refuercen y permitan mantener esta iniciativa.

Referencias bibliográficas

1. Encina, E. (2014). Participación colectiva como salud mental: cuestionamientos y alternativas a las políticas públicas en Salud Mental en Chile. Revista MAD N 30. Disponible en <http://revistaurbanismo.uchile.cl/index.php/RMAD/article/viewArticle/30977>
2. Minoletti, A., Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental: 10 años de experiencia. Revista Panamericana de Salud Pública, 18, 4, 346-58.
3. Ministerio de Salud de Chile (2011). Encuesta Nacional de Salud 2009 - 2010. Disponible en <http://www.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
4. Delamaza, G. (2010). Conflicto político y diseños institucionales de participación en el caso chileno. Revista de Sociología. N°23, pp.11-37.
5. Kilsberg, B. (1998). Seis tesis no convencionales sobre participación. Instituciones y desarrollo. Diciembre.
6. Raczynski, D., Serrano, C. (1998). Lineamientos para construir una matriz de indicadores de participación social en programas nacionales participativos. Informe Final de Consultoría. Disponible en <http://www.asesoriasparaeldesarrollo.cl/docs/822774485.pdf>

Trabajo N° 4

Exposición de Arte de usuarios de los dispositivos de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria del Hospital Guillermo Grant Benavente

Autores: Julieta Valenzuela D.¹, Mónica Barría M.², Claudia Lara S.³

1 Médico psiquiatra, Hospital de Día, COSAM, Concepción

2 Terapeuta ocupacional, Centro de Rehabilitación, Concepción

3 Técnico en rehabilitación, COSAM Concepción

Problema que motivó el desarrollo de la experiencia:

Se plantea la necesidad de socializar y dar a conocer los dispositivos ambulatorios de Salud Mental a la comunidad ya que tradicionalmente se relacionaban de forma histórica sólo con el Servicio de Psiquiatría, generando segregación, estigmatización y la no validación de ellos como actores de la sociedad. Existe gran desinformación respecto del modelo comunitario y mucha estigmatización en relación a nuestros usuarios al no poder incorporarse en los espacios socialmente validados para integrarse a la sociedad, en este caso centrado en las expresiones lúdico-artísticas de ellos.

Contexto en el que se desarrolló la experiencia:

La idea surge desde el Hospital de Día el año 2007 y posteriormente se van incorporando las unidades de COSAM Concepción y Centro de Rehabilitación. Todas unidades de atención ambulatoria, que se encuentran externalizadas del Servicio de Psiquiatría, con un responsable técnico independiente, que busca acercarse al modelo comunitario, que además se encuentran insertos en sectores residenciales de la comuna de Concepción.

Objetivos:

- Difundir e informar a la comunidad acerca de las unidades ambulatorias de salud mental, que busca proactivamente diferenciarse del servicio/hospital de psiquiatría, tanto en áreas extra como intrahospitalarias.

- Trabajar para disminuir el estigma asociado a las patologías de salud mental tanto a la comunidad general como a la comunidad intrahospitalaria, por lo mismo el trabajo expuesto se realiza en un marco de profesionalismo y de calidad. Lo mismo se busca tanto en el montaje que se realiza como en lo que se expone.

- Busca ser un aporte cultural (en espacios no sanitarios).

- Incorporar a usuarios en otros espacios distintos a los de salud en instancias validadas socialmente para el arte, como una parte más de la vida de las personas, en una sala de exposiciones artísticas conocida en la ciudad.

Descripción de las acciones realizadas:

- Se realiza una exposición anual de arte en sala de exposiciones de Colegio Médico de Concepción en la que actualmente participan los usuarios de los tres dispositivos antes mencionados.

- Se realiza una exposición y venta navideña en espacios de Hospital Gmo. Grant B.

- En ambas ocasiones se entregan folletos educativos y se socializan teléfonos y direcciones de los distintos dispositivos.

Logros obtenidos:

- Mantener la exposición en el tiempo, siendo la primera el año 2007, realizándose hasta el momento 9 exposiciones.

- Apoyo desde Colegio Médico y Hospital Gmo. Grant B. para estas actividades.

- Coordinación entre los dispositivos.

- Compromiso y mutua asociatividad de usuarios y funcionarios en estas actividades.

- Incorporación de agrupación de usuarios en instancias de difusión y espacios sociales.

- Difundir información respecto de salud mental y psiquiatría comunitaria.

Condiciones o factores facilitadores de las actividades:

- Apoyo para contar con espacios para exponer en una de las pocas salas de exposición artística de la ciudad, (Colegio Médico).

- Disposición de usuarios y funcionarios.

- Trabajo en equipo.

- Colaboración de agrupaciones de usuarios y familiares para llevar a cabo las muestras.

- Motivación de monitores o talleristas para flexibilizar sus horarios y poder montar una exposición de calidad.

- Apoyo de industria farmacéutica.

Condiciones o factores obstaculizadores de las acciones:

- Falta de recursos económicos destinados a esta actividad.

- Falta de interés de medios de comunicación y medios de difusión.
- Escasa presencia de directivos de salud en la exposición, debido quizás, al horario en la cual se realiza la inauguración que no corresponde a horario laboral.

Análisis de la experiencia:

Ha resultado una experiencia positiva ya que ha logrado permanecer en el tiempo, se ha logrado ganar un espacio en el calendario anual de exposiciones del Colegio Médico y en el Hospital Regional. Los usuarios participan en la generación de los trabajos a exponer y en acto inaugural y de cierre de la exposición. Además en venta navideña participan en sus respectivos stands.

A continuación algunas de las opiniones de quienes han participado en esta experiencia:

“Sirve para demostrar al mundo que hay personas que trabajan silenciosamente a pesar de sus dificultades y problemas mentales”. Cristian.

“Amí me ha servido hartito la exposición, me ha hecho sentir útil, me ayuda en mi rehabilitación. Me siento bien como persona”. María.

“Tuve la fortuna de trabajar como profesora de taller de Arte en el Hospital de Día de Concepción. Grande fue mi asombro cuando descubrí en cada uno de ellos una creatividad maravillosa y un talento desbordante, junto a un tremendo interés por aprender cosas nuevas, lo que abrió en mí el interés de crear clases entretenidas, lúdicas, donde ellos pudieran volcar sus genialidades encontrando sus sueños que estaban guardados en el baúl de la vida.”

Juntos fuimos experimentando y aprendiendo, empezamos a usar el arte como un nuevo lenguaje para comunicarnos. A través de él decimos quienes somos, qué nos gusta, qué pensamos, qué soñamos, en qué creemos.

Así la exposición de las obras creadas en el taller se convirtió en un potente y eficaz puente de conexión entre los alumnos del Hospital de Día su mundo interior y el medio que los circunda a través del arte. Porque estos alumnos tiene mucho que decir y mucho que entregar”. Amelia González V., licenciada en Ed. Artes.

En cuanto al reconocimiento externo y de la comunidad, durante la exposición se reciben opiniones de la comunidad las cuales siempre han sido positivas. Desde las entidades que nos apoyan existe una valoración positiva. La exposición de nuestros usuarios recibe el mismo trato dado a otros expositores, tanto en su difusión, coctel, presencia de autoridades, sin ninguna diferencia en las exigencias realizadas para los expositores habituales pero sin un costo asociado.

Desafíos:

Nuestro desafío es continuar con el montaje de esta muestra, incorporando a los usuarios y familiares como protagonistas y gestores de esta, ocupando otros espacios dentro de la comunidad, quizás generando una muestra itinerante que permita ir recuperando el espacio perdido producto del estigma asociado a los problemas de salud mental.



Foto 1.



Foto 2.

Trabajo N° 5**Formación de Agentes Comunitarios de Salud Mental para las
Comunas del Servicio de Salud Metropolitano Sur****Autores:** G. Montecinos¹, C. Vera¹, ; E. López¹; B. Diaz¹

1 Unidad de Salud Mental Comunitaria. Depto. de Psiquiatría Sur. Facultad de Medicina Universidad de Chile

Fundamentación:

Los trastornos mentales constituyen uno de los principales problemas sanitarios en todo el mundo. En Chile la prevalencia de vida de cualquier trastorno mental en la población general es de 36% (1), lo que representa una enorme carga social y económica de la cual el Estado debe hacerse cargo.

El Ministerio de Salud ha invertido recursos fiscales para la puesta en marcha del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (1993 y 2000). Los estudios nacionales efectuados en diversas etapas dan cuenta de los avances en ubicación, distribución, organización y disponibilidad de recursos (2),(3),(4) y comparan modelos de atención estudiando parámetros como calidad técnica del recurso humano, eficiencia en el uso de los mismos y adherencia (5).

A pesar de los avances obtenidos hasta la fecha, no se ha logrado avances significativos en la incorporación de la comunidad en las actividades promocionales, preventivas y curativas de su salud mental.

A fines de la década del '60 e inicios de los'70 se desarrolló en el Área Sur de Santiago el "Modelo de Psiquiatría Intracomunitaria" creado por el profesor Juan Marconi y sus colaboradores (6), considerando una importante participación de la comunidad y de líderes comunitarios. Después del golpe de Estado de 1973, las condiciones fueron adversas para la vigencia de este modelo, y el Servicio de Psiquiatría del Hospital Barros Luco se limitó a funcionar como un consultorio externo de la especialidad, adosado al hospital general.

Anteriormente, y también en el periodo de la experiencia aludida, en la población La Victoria se desplegó un trabajo de monitores de salud denominados "delegados por cuadra". Varios de ellos participan hoy en los Consejos Locales de Salud.

En la actualidad, el Servicio de Salud Metropolitano Sur tiene una población asignada de 880.880 habitantes y cuenta con una poderosa red de salud mental, desarrollando ampliamente las estrategias y acciones contenidas en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, constituyendo una red de servicios integrada y bastante coordinada. Sin embargo, para seguir avanzando en el desarrollo del modelo comunitario, es necesario incorporar efectivamente a personas de la comunidad al trabajo de

los equipos formales, estimulando la participación de usuarios, familiares y población general en el cuidado de su salud mental.

Los Agentes Comunitarios de Salud Mental (ACSM) son el puente entre los equipos de salud y la comunidad, desarrollando actividades promocionales, preventivas, de apoyo al tratamiento y la rehabilitación (7), (8).

Este proyecto sigue la línea de las experiencias nacionales pretéritas, recoge las de equipos de salud mental en otros países y se liga a otras que están en desarrollo a nivel nacional.

Objetivos

- Identificar población bajo control vulnerable y potencialmente beneficiaria del proyecto.
- Capacitar personas de la comunidad como agentes comunitarios de salud mental.
- Integrar y facilitar acciones de los ACSM en los territorios en coordinación con los equipos locales y redes institucionales.
- Incorporar experiencia comunitaria en la formación de especialistas en psiquiatría mientras cursan durante dos años la cátedra de Salud Mental Comunitaria.

Metodología

Este trabajo se adscribe a la estrategia de Intervención Comunitaria y utiliza el modelo de Investigación Acción (9), (10).

El proceso de investigación – acción se constituye como un proceso continuo, una espiral, donde se van dando los momentos de problematización, diagnóstico, diseño de una propuesta de cambio, aplicación de la propuesta y evaluación, para luego reiniciar un nuevo circuito partiendo de una nueva problematización.

Problematización y diagnóstico:

- Durante el año 2010 se efectúa un estudio de campo en una población emblemática, para conocer dinámica social del territorio. Se caracteriza la población de las comunas de Pedro Aguirre Cerda y San Miguel.
- Se efectúa encuesta de percepción de los problemas de salud mental en la comunidad.
- En 2011 se confeccionan mapas, ubicando geográficamente pacientes con problemas de salud mental moderados y graves de las comunas a intervenir.
- Además, se aplica WHO-QOL-100, versión española, para medir percepción de calidad de vida de los usuarios.

El proyecto consta de tres períodos:

Formación: Incluye selección, capacitación y empoderamiento del rol de agentes. Duración aproximada: 1 año.

Consolidación: Los ACSM desarrollan sus programas vinculados a la red de salud mental, coordinados y supervisados por equipos sectoriales de Atención Primaria y Especialidad. Duración aproximada: 1,5 año.

Evaluación: Se establece modelo de sistematización y monitoreo continuo para cada actividad, se determinan indicadores para analizar la efectividad, eficacia y eficiencia del trabajo desplegado por ACSM.

Itinerario de Aplicación del Proyecto:

Año 2012: Se confecciona el programa de capacitación para ACSM en concordancia con los principales problemas de salud mental detectados en las comunas y el abordaje comunitario de éstos, para así iniciar la fase de Formación. Se efectúa la primera capacitación para ACSM de las comunas de Pedro Aguirre Cerda y San Miguel.

Las ACSM de San Miguel debían apoyar al equipo de psiquiatría ambulatoria, ubicado en el CDT del H. Barros Luco que atiende pacientes portadores de trastornos psiquiátricos severos. Sin embargo, pese a diversos esfuerzos efectuados, la forma de funcionamiento de la institución hospitalaria impide que el equipo profesional se haga cargo, por lo que hubo que redireccionar su vinculación con la red de salud.

Año 2013: Se capacitan voluntarios de la comuna de El Bosque.

Año 2014: Se efectúa el curso para futuros agentes de Lo Espejo y San Joaquín.

Los ACSM ya capacitados se han integrado al CESFAM Barros Luco (San Miguel) y COSAM (P. Aguirre Cerda y El Bosque) recibiendo asesoría y supervisión por parte de los profesionales de dichos centros y los de nuestro equipo docente en las actividades de acompañamiento terapéutico y otras que efectúan con los usuarios.

Hasta el año 2013 se había capacitado a 42 personas y 35 más están terminando el curso en 2014. El 90% son mujeres. Se han producido deserciones por motivos familiares, de salud y económicas.

23 Agentes Comunitarios se han integrado a los equipos locales de tres comunas, efectuando todos ellos labores de acompañamiento terapéutico, rescate, psicoeducación, actividades de evaluación y autocuidado.

De acuerdo a las particularidades de los establecimientos y sus comunidades, en Pedro Aguirre Cerda han participado en reuniones del equipo clínico y en actividades grupales terapéuticas y sociales con usuarios y familiares

Por su parte, en El Bosque efectúan “salidas terapéuticas” con usuarios, participan en el Consejo de Desarrollo Local en Salud Mental, apoyan la sensibilización y activación de redes sociales. También exploran la posibilidad de autogestión de financiamiento.

Consideramos primordial en este proyecto la incorporación de médicos en formación de la especialidad de psiquiatría adultos e infanto juvenil a sus diversas tareas, como parte de su formación integral. Éstas han consistido en: aplicación de encuestas, estudio de territorios a intervenir, capacitación y acompañamiento de Agentes Comunitarios, apoyo en actividades de evaluación.

Factores Facilitadores

- Voluntarios interesados, solidarios y comprometidos con los temas de salud mental de sus comunidades.
- Interés, acogida y apoyo de los equipos de salud mental locales hacia los ACSM.
- Solidaridad, respeto y responsabilidad de los voluntarios.
- Participación de los médicos en formación de especialidad en las diversas actividades.
- Apoyo profesional, técnico y administrativo del Depto. de Psiquiatría Sur de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Factores Obstaculizadores

- Reclutamiento insuficiente de potenciales agentes por parte de algunos equipos locales.
- Falta de financiamiento.
- Actividades sujetas a la voluntad y disponibilidad de tiempo de los ACSM, por no ser remunerados.
- Equipos comunitarios del Hospital Barros Luco no lograron adscribirse al proyecto, debido a la rigidez del funcionamiento institucional.

Resultados e Impacto

Siendo esta una experiencia inicial, los resultados obtenidos deberán consolidarse en la práctica para ser medidos y generar mayor evidencia.

De acuerdo a las evaluaciones cualitativas efectuadas hasta ahora, hemos podido constatar:

- Impacto en la subjetividad de los usuarios y sus familias, percibiendo un acompañamiento afectivo, que los respalda y apoya en su proceso terapéutico.
- Mejoría en la adherencia a tratamiento de los usuarios.
- Reconocimiento y confianza de los equipos locales tratantes, que entregan pacientes para ser intervenidos por los ACSM.
- Reconocimiento inicial a nivel local a través de los Consejos de Desarrollo Local, incorporándolos como parte de la red.
- Varios ACSM participan en organizaciones sociales, donde difunden su actividad.

Conclusiones y Proyecciones

Esta experiencia intenta ser un aporte en el desarrollo de la reforma psiquiátrica que en nuestro país ya sobrepasa los 20 años.

Se confirma la importancia de efectuar un buen diagnóstico, desde la comunidad, intercambiando conocimientos y saberes con los equipos técnicos.

La metodología escogida permite un accionar dinámico y adaptable a la realidad, considerando la diversidad de los beneficiarios, de los vínculos internos establecidos por cada grupo de agentes, de las características y organización de las comunidades, etc.

La rigidez de la práctica en las instituciones de salud (hospitales) dificulta la implementación de proyectos como este, dada la necesidad de acompañamiento y supervisión de los ACSM.

Es factible en la medida de contar con el respaldo de las autoridades, de los equipos locales de salud mental y capacitadores flexibles, más que expertos en contenidos.

Es sostenible en la medida que se consoliden los grupos, se mantenga un sistema de capacitación y acción continua y se obtenga financiamiento.

Es deseable la incorporación de otras carreras de las ciencias médicas y sociales.

Nuestra intención es que el trabajo de agentes comunitarios y otras organizaciones sociales afines al tema de salud mental y psiquiatría se difunda en otros lugares del país –cada uno con sus particularidades y saberes-, hasta transformarse en una actividad regular y permanente incorporada al nuevo Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.

Finalmente, consideramos invaluable la experiencia humana que nos ha brindado el contacto con personas sencillas y solidarias, saliendo de sí mismas para apoyar a sus vecinos sin esperar retribución.

Referencias bibliográficas

1. Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., et al. "Estudio Chileno de prevalencia de patología psiquiátrica". *Rev Med Chile* 2002; v.130 n5: 527-536
1. Saldivia, S., Grandón, P., Vicente, V. Research of mental health services in Chile: progress made and pending challenges. *Medwave* 2012 Oct;12: e5549
2. Informe WHO-AIMS sobre Sistema de Salud Mental en Chile, OMS y Ministerio de Salud, Santiago, Chile, 2006.
3. Informe WHO-AIMS sobre Sistema de Salud Mental en Chile, OMS y Ministerio de Salud, Santiago, Chile, 2014.
4. Antini, C., Alvarado, R., Mejoría de la calidad de vida en personas atendidas en el Programa para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en Atención Primaria en Chile. *Rev Psiquiatría Uruguay*. 2008;72(2):142 - 149.
5. Marconi, J., Saforgada, E., Formación de personal para un Programa Integral de Salud Mental en Córdoba. *Acta psiquiát. psicol. Amér. Lat.* 1974, 20, 403
6. Agente Comunitário de Saúde: Uma Revisão da Literatura. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006 novembro-dezembro; 14(6)

7. Community health workers ¿What do we know about them? WHO Evidence and Information for Policy, Department of Human Resources for Health. Geneva, January 2007
8. Lewin, K., 1946: "Action research and minority problems"; Journal of Social Issues 2 (4): 34-46.
9. Vidal, M., Rivera, N., Investigación-acción. Escuela Nacional de Salud Pública Educ Med Super 2007; 21(4)
10. Guía para facilitadores de la capacitación a agentes comunitarios de salud. Componente comunitario de la estrategia AIEPI. Washington, D.C: OPS, © 2004.
11. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Ministerio de Salud de Chile (2000)
12. Goldberg, D., Huxley, P. Mental Illness in the Community: The pathway to Psychiatric Care. Tavistock. Londres, 1980
13. Caplan, G. Principios de Psiquiatría Preventiva. Paidós. Buenos Aires, 1966.
14. Levav, I. Temas de Salud Mental en la comunidad .OPS .Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.1992.-
15. Freire, P. Investigación y metodología del tema generador. Torres, Nova; La praxis educativa de Paulo Freire: 139-140.

Trabajo N° 6

Libro de Antología Poética “Buscando el Centro”, una experiencia de arte del Centro de Rehabilitación Laboral, Servicio de Salud Mental- Hospital de Castro

Autora: Pamela Maldonado A.¹

1 Terapeuta ocupacional. Centro de Rehabilitación Laboral Hospital de Castro. Chiloé

Objetivos de la actividad

- Dar a conocer a nivel provincial de la existencia de dispositivos externos que se encargan de la rehabilitación e inclusión de usuarios pertenecientes a los servicios de Salud Mental del Archipiélago de Chiloé.
- Valorizar las habilidades presentes en los usuarios, para generar oportunidades de inclusión e inserción socio laborales.

Metodología

Principalmente se utilizaron tres estrategias, las cuales se fusionaron para lograr un mejor producto:

1. Activación de redes.
2. Autogestión.
3. Participación activa y complementaria de usuarios y familiares.

Dichas estrategias se reflejan en las siguientes actividades:

- **Obtención del recurso económico:** Brindado por el programa Hospital Amigo en la 5ª versión de la Feria de Salud Mental, la cual se realiza todos los años en el mes de octubre. El recurso consistió en \$ 999.000, los que fueron transferidos a la cuenta del Hospital de Castro.
- **Producción:** Participación activa de usuarios en el taller de expresión corporal impartido 2 veces por semana en 2 horas continuas, por un periodo de 1 año.
- **Selección de material:** Participación conjunta entre usuarios del Centro de Rehabilitación Laboral

(CRL) y equipo. Se generan acuerdos mutuos de utilización del material gráfico.

- **Diseño del libro:** Se implementaron ferias de ventas para la obtención del dinero que solvente el diseñador y se logra a través de la autogestión del dispositivo. Se realizaron 4 sesiones de revisión antes de la impresión.

- **Impresión:** Licitación por parte del Hospital de Castro, seleccionando la mejor opción económica, la cual se ajustaba al presupuesto. Se presenta inconveniente con dinero depositado al Hospital ya que fue utilizado para otros fines, lo cual retrasa la impresión y lanzamiento del libro.

- **Lanzamiento a la comunidad:** Se realizó acto de lanzamiento del libro en abril de 2014, en dependencias de la biblioteca pública, con gran participación de la comunidad, padres, familiares, vecinos, profesionales y medios de comunicación.

Resultados/ logros

- Empoderamiento de usuarios y familiares pertenecientes al Centro de Rehabilitación Laboral.
- Activación de redes públicas y privadas a nivel provincial, las cuales están dispuestas en caso de requerir de su colaboración.
- Comunidad y coordinadores de entidades públicas abiertas al diálogo y generar espacios de inclusión.
- Respaldo por parte del Servicio de Salud Chiloé, Hospital de Castro y Servicio de Salud Mental.
- Aceptación de nuestro dispositivo en la comunidad. Conocimiento del funcionamiento de éste y el apoyo, a la hora de solicitar ayuda, de entidades públicas y privadas.
- Equipo de trabajo comprometido con la actividad, cada uno de los integrantes cumplió un rol y función a cabalidad.
- Usuarios dispuestos al trabajo en equipo, los cuales contaban con gran apoyo de sus familiares.
- Confianza en los productos realizados por los usuarios en los talleres dictados.
- Pedidos de productos.

Impacto

- Se observó un impacto aún antes de la actividad, características claras y concretas en cambios conductuales positivos

- Se trabajó por semanas en la creación del libro, lo que se traducía en horas de taller destinadas a las poesías y escritos. En cada clase se observó la motivación presente en cada uno de los usuarios participantes, refiriendo la necesidad de presentar un trabajo pulcro, detallista, claro y de calidad, implicando compromiso y constancia en la producción y revisión del material

- Motivación

- Empoderamiento
- Compromiso
- Orgullo
- Sentido de pertenencia
- Sentido de utilidad
- Seguridad

Desafíos

- Mantener el trabajo literario, el cual complementa la intervención terapéutica diaria brindada en el dispositivo
- Obtener y autogestionar un segundo libro
- Mantener la activación de redes dentro de la comunidad

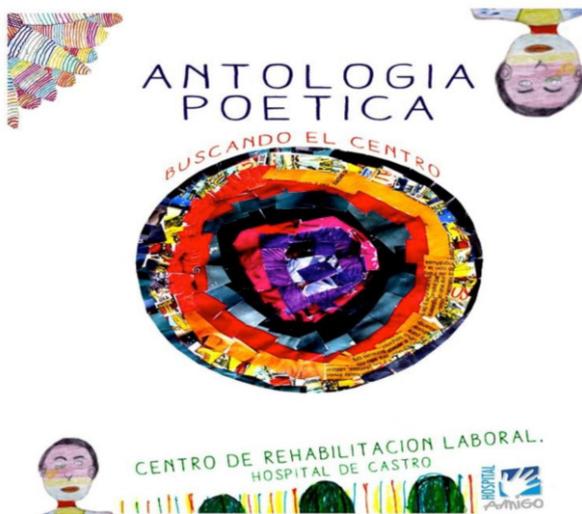


Foto 1. Portada del libro, todas las ilustraciones fueron elegidas, por votación, por los usuarios. Se titula "Buscando el Centro" y para complementar se utiliza un mandala como referencia.



Foto 2. Contraportada del libro, se realizó una sesión fotográfica en la plaza de armas de nuestra ciudad. Participaron padres, cuidadores, usuarios y equipo del dispositivo, con el objetivo de obtener fotografías para el desarrollo del libro. En conjunto se optó por esta fotografía como contraportada. Se representa un mandala, tema central del libro.

Trabajo N° 7

Radio Nueva Terapia, Colina 2014

Autores: Camilo Salas S., Constanza Román A., Elsabel González P., Marta González P.

1. *Qué hacemos y para qué: objetivo y breve descripción de la experiencia*

El principal objetivo de Radio Nueva Terapia Colina 2014 (desde ahora, RNT) es contribuir al empoderamiento colectivo e individual de las personas con trastornos mentales severos de Colina, a través de su participación en un “Taller de Radio” -y otros espacios de producción radial- donde se elaboran programas para su transmisión y difusión en medios locales, redes sociales e internet (www.radionuevaterapia.cl).

ANTECEDENTES GENERALES			
Antecedentes básicos de los participantes			
Edad (años)	20-45	Población	Urbana
Nivel socioeconómico			
Bajos recursos y pobreza			
Educación		Diagnósticos	
Ed. media incompleta y alto analfabetismo		Depresión, EQZ y déficit intelectual	
Instituciones asociadas			
Financiamiento		Corp. Desarrollo S. Colina	
Coordinación		COSAM y Radio Sembrador	
Equipo profesional del proyecto			
Dos periodistas, una actriz y un realizador audiovisual (autores del presente artículo).			

El “taller de radio” es un espacio de encuentro entre 3 profesionales y 13 personas diagnosticadas con un trastorno mental severo, donde se realiza radioteatros y se aprende de comunicación radial. Aquí se comparten experiencias, historias de vida y sentimientos. Las reuniones se realizan todos los miércoles desde comienzos de abril del año 2014, de 9:30 a 13:00 horas, en el Centro Cultural de Colina.

Todos los domingos, desde el 2 de noviembre, los participantes del proyecto transmiten programas en Radio Sembrador, medio local de la comuna. El programa se realiza entre 13:00 y 14:00 hrs. para toda la comunidad. El desempeño de los participantes es discutido en el taller de los miércoles.

El proyecto también lucha contra el estigma inherente a la etiqueta de “enfermo mental”, tratando de acercar la realidad de los participantes a la comunidad local. También se lidia con el auto-estigma,

haciendo del Taller un espacio de desarrollo personal, respeto, aprecio y afecto. Actualmente, se está llevando a cabo una investigación que permita generar un esquema para comprender cómo el proyecto genera bienestar en sus destinatarios. Parte del desarrollo de esa pesquisa se expone en el presente artículo.

2. ¿Cuáles son los fundamentos de lo que hacemos? Algunas referencias teóricas

El empoderamiento (potenciación o fortalecimiento), parte del objetivo principal de RNT, es un término central para la psicología comunitaria (Chacón et al., 1998) y es definido por Maritza Montero como:

“...el proceso mediante el cual los miembros de una comunidad (individuos interesados y grupos organizados) desarrollan conjuntamente (...) recursos para controlar su situación de vida, actuando de manera comprometida, consciente y crítica, para lograr la transformación de su entorno según sus necesidades y aspiraciones, transformándose al mismo tiempo a sí mismos” (Montero, 2005, p.72).

De acuerdo a Musitu (2004) y Zimmerman (2000), el proceso de empoderamiento se divide en tres niveles: (a) individual, (b) organizacional y (c) comunitario¹. El empoderamiento individual puede ser considerado, como mínimo, según lo que se expresa en la siguiente tabla.

Empoderamiento Individual		
Factores	Sub-factores Descripción	Descripción
Creencias sobre la propia competencia (dimensión intrapersonal)	Locus de control	Lugar en el que el sujeto ubica los factores que le afectan (interno o externo).
	Autoeficacia	Creencia sobre las propias capacidades
	Motivación de competencia	Disposición a realizar cosas (según experiencia)
La comprensión del entorno sociopolítico	Se trata de que la persona desarrolle un conocimiento crítico y sea capaz de analizar las situaciones sociales y políticas en términos de relaciones de poder (dimensión interaccional).	
Los esfuerzos por ejercer un control sobre el entorno	Se trata de que la persona desarrolle un conocimiento crítico y sea capaz de analizar las situaciones sociales y políticas en términos de relaciones de poder (dimensión conductual).	

Por otro lado, la superación del auto-estigma forma parte ineludible de un proceso de empoderamiento en el ámbito de la salud mental, ya que el etiquetamiento produce una disminución de la capacidad de creer en la propia capacidad de auto-superación, generando una sensación de discapacidad que va en desmedro del empoderamiento². Por otro lado, los usuarios que participan de la lucha contra el estigma pueden presentar beneficios en términos de superación del auto-estigma (López et al., 2008).

1. Para el caso de RNT se consideran los dos primeros niveles. Si bien puede existir un impacto de la iniciativa en la comunidad, este sería incipiente en el primer ciclo del proyecto (abril 2014 - enero 2015).

El fortalecimiento (o empoderamiento) también comprende una dimensión grupal u organizacional. RNT debe procurar que los participantes, como organizadores de su plataforma radial, obtengan recursos del entorno (Zambrano, 2007), asuman roles y responsabilidades al interior del proyecto, decidan sobre su devenir colectivo en distintos niveles (Chamberlin, 2007; Musitu, 2004) y fortalezcan su sentido de pertenencia al grupo (Maya, 2004)^{3,4}.

3. ¿Qué hacemos y cómo lo hacemos? Metodología y Forma de Trabajo

¿Qué significa empoderar en RNT? ¿Cuáles son las estrategias y actividades que se siguen para lograr este objetivo? En el caso de RNT, empoderar es incrementar el poder que los destinatarios tienen como grupo y como individuos sobre sus vidas y sobre el proyecto radial. El siguiente cuadro resume los objetivos específicos que persigue RNT para contribuir, desde su especificidad, al fortalecimiento de sus participantes, y se identifican las actividades y estrategias con las que se abordan cada uno de estos objetivos.

Objetivos específicos	Actividades y estrategias asociadas
(1) Facilitar la superación del auto-estigma asociado al etiquetamiento de "enfermo mental".	Si bien casi todos los objetivos que siguen contribuyen a la superación del auto-estigma, es en el espacio del Taller donde se tematiza y problematiza al respecto (en el Lanzamiento del Psiquiatricool <5 nov> y las transmisiones en vivo en Radio Sembrador también se ha discutido el tema).
(2) Fomentar un espacio de reconocimiento, respeto y aprecio, que permita que los miembros del grupo se auto-valoren y se vean como seres humanos iguales en dignidad. Esto implica afianzar los lazos sociales como apoyo a su proceso de autodeterminación.	Si bien casi todos los objetivos que siguen contribuyen a la superación del auto-estigma, es en el espacio del Taller donde se tematiza y problematiza al respecto (en el Lanzamiento del Psiquiatricool <5 nov> y las transmisiones en vivo en Radio Sembrador también se ha discutido el tema).

2. Esta sensación de discapacidad y desconfianza respecto al propio futuro (Carrigan, 2002) no sólo se debe a la discriminación directa que sufren las personas afectadas. El diagnóstico y la comprensión del sufrimiento subjetivo como una "enfermedad mental" (es decir, como algo biológico) también producen esta forma de sentido (Chamberlin; CAC, 2013; Read, 2006).
3. El concepto de empoderamiento también es muy relevante en la perspectiva de la recuperación (recovery) en salud mental. Recovery está reformulando los servicios de salud mental en diversas partes del mundo, centrandolo en los intereses de los usuarios y fomentando su capacidad de auto-dirigir sus tratamientos (Rosillo et. al., 2013). La potenciación lleva a las personas a tener y sentir más control sobre sus vidas y a transformar su realidad. La recuperación, que tiene lugar en la dimensión existencial de los afectados (Whitley y Drake, 2010), se define como un "viaje" subjetivo a través del cual las personas pueden reformular el sentido de sus vidas y autodirigir su propio bienestar (SAMHSA, 2004). El enfoque de recuperación fomenta la esperanza y la creación de un sentido de poder interno (Spaniol et. al., 1994) que le permite al usuario establecer un compromiso con su propio proyecto de vida (Agest et al., 2012).
4. Desde el punto de vista de la rehabilitación psicosocial, RNT también trabaja las habilidades sociales y comunicacionales que permiten optimizar las relaciones sociales de los usuarios y viabilizar su integración social (Roder et al., 2007). En la rehabilitación y el modelo de vulnerabilidad-estrés (Zubing y Spring, 1977), se entiende que estas habilidades juegan un papel importante en el desempeño y funcionalidad de las personas en el medio social, y ellas también son consideradas como factor crítico ante las posibles crisis y recaídas que pueden sufrir los usuarios.

(3) Procurar que adquieran herramientas y competencias comunicacionales con las que puedan sentirse más satisfechos con su forma de relacionarse con los otros y con el mundo.	Además de fomentar una comunicación con arreglo a valores, los profesionales realizan radioteatro y dinámicas para que los chicos y chicas aprendan a: identificar elementos relevantes de las noticias e informar con claridad; modular y respirar adecuadamente; usar su voz y entonación para expresarse; trabajar en grupo y llegar a acuerdos en torno a una pauta radial; asumir roles en el diálogo y respetar ritmos de conversación.
(4) Incrementar su poder en la organización del espacio radial.	En el diálogo grupal se decide sobre los contenidos radiales, se toman decisiones sobre los roles de los participantes, se organizan eventos, se definen algunos temas a tratar en cada sesión y se evalúan las transmisiones radiales y las actividades realizadas.
(5) Contribuir a generar oportunidades y recursos que permitan la consecución de los objetivos del grupo y del proyecto radial del que son protagonistas.	Los profesionales y participantes comparten el objetivo de difundir los programas de RNT y posicionar el espacio en la comunidad. En esta línea se realizó El Lanzamiento de Psiquiátricool de Colina, se abrió el espacio de los domingos en Radio Sembrador y se han gestionado notas para un medio local y para otro de alcance nacional (C13). Se gestiona la difusión en internet y otros medios.
(6) Fomentar que desarrollen su propia voz y discurso mientras producen y difunden sus programas radiales.	Se dialoga sobre aprendizajes personales, historias de vida y otras formas de saber experiencial que permiten ir articulando lógicas de sentido propias entre los participantes. Se incita a que generen sus propias opiniones. Se trata de un trabajo difícil, especialmente entre quienes no acostumbran a expresar opiniones.

4. ¿Qué dicen los participantes de RNT? Aproximación a los resultados e impacto de la experiencia

Como parte de la investigación de la presente iniciativa, se han realizado entrevistas semi-estructuradas, con la finalidad de entender cómo los objetivos de RNT tienen lugar en el testimonio y experiencia de sus destinatarios. A continuación se exponen algunos fragmentos de las entrevistas para dar cuenta de aspectos relacionados al estigma, a la aceptación, el respeto y la valoración entre los asistentes al taller, así como a la visión sobre sus propias vidas.

Carol (22), diagnosticada de déficit intelectual moderado, cuenta que *“ustedes los coordinadores⁵, dicen que yo lo hago bien, dicen que hago bien la caracterización y que tengo todo para hacer un programa, y eso, me gusta”*. Como contraste, ella también ha dicho que *“...me hace sentir mal que mi hermana me empiece a molestar por mi enfermedad, me dice que soy tontita, puras cosas así”*.

Carol agrega que los monitores *“han sido súper comprensivos con nosotros, nos escuchan harto”*. También refiere a acciones inclusivas propias: *“yo creo que a veces me siento limitada porque yo sé más que los chiquillos, sé expresarme mejor que mis compañeros, modular, sé hartas cosas que mis compañeros no saben, pero no me apoplema porque yo les puedo enseñar algunas cosas para que ellos aprendan”*.

Otra integrante que tiene depresión grave y se desplaza en silla de ruedas, Margarita (21), narra lo siguiente: *“me hace sentir mal cuando te discriminan, cuando te pisotean. Un día mi mejor amigo se pone a llorar para una Teletón y me dice que no puede bailar con una discapacitada. Ahí me quebré y me puse a llorar. Nos pusimos a llorar los dos. Esa vez le pegaron por lo que había dicho. Eso fue lo que más me marcó y todavía me acuerdo”*. También afirma *“en general, ahora, me siento aceptada. Acá también, están todos pendientes de mí. En mi familia, también están mejor las relaciones”*. Y finalmente agrega que *“en*

el futuro, me gustaría estar pololeando y trabajar en lo que me gusta: la radio”.

Existen varios testimonios que apuntan hacia la inclusión positiva que experimentan los participantes en el espacio. Moisés (27), chico con síndrome de Down, dice *“acá en la radio me siento aceptado”* y *“no quiero salirme del Taller porque aquí tengo amigos y amigas, todos son mis amigos aquí”*. A su vez, Fernando (25), diagnosticado de esquizofrenia, afirma *“me llevo bien con los compañeros, nos respetamos y me he sentido súper cómodo. Los monitores son amigables y buena onda”*. Por último, en el testimonio de Juan Carlos (45), diagnosticado de esquizofrenia y déficit intelectual, se lee que *“la gente me quiere mucho, los chiquillos allá en el taller [otro taller] me quieren mucho, aquí me quieren mucho. Todos nos queremos mucho. No hay ningún maltrato”*.

5. Un largo camino por recorrer: desafíos de RNT

Empoderar más a los participantes en la organización de RNT: se han mencionado áreas de RNT sobre las que los participantes inciden directamente, sin embargo, con la finalidad de aumentar el fortalecimiento individual y el sentido de pertenencia de los participantes, es necesario que ellos incidan en mayor medida sobre el curso que toma el proyecto en el mediano y largo plazo, implementando metodologías que permitan hacer evaluaciones colectivas y generales sobre el proyecto y fijar objetivos y planes de acción específicos. Al mismo tiempo, existen al menos tres áreas a las que los participantes no han accedido: (a) redes de contacto institucionales (medios, municipio, autoridades y equipos profesionales); (b) gestión de la difusión en internet; (c) procesos de edición, radiocontrol y grabación de los programas radiales.

Posicionar a RNT en la comunidad y aumentar la difusión: como se ha mencionado, se transmite en vivo los días domingo en Radio Sembrador y se han realizado ciertas actividades puntuales (lanzamiento de Psiquiatricool, notas TV). Sin embargo, no se ejecuta un plan sistemático para posicionar RNT en la comunidad con acciones como: asociarse continuamente con otras instituciones, incluir a otros actores locales en las actividades de RNT y realizar más intervenciones en espacios y eventos comunitarios.

Evaluar-investigar RNT y establecer sus condiciones de transferibilidad: para transferir la complejidad de relaciones y efectos (outcomes) que se desarrollan en RNT (y que se esperan de la misma) a otras realidades, se requiere una combinación de esfuerzos investigativos que permitan conocer la iniciativa en términos de proceso e impacto. Con la misma finalidad, es necesario identificar las relaciones entre las condiciones subjetivas y objetivas que permiten el desarrollo óptimo de este tipo de iniciativa, y cómo estas relaciones se asocian a resultados específicos (autoeficacia, autoestima, habilidades comunicacionales, etc.). La investigación en curso busca elaborar un modelo inicial de RNT basado en la bibliografía específica y aproximaciones a la experiencia, con la finalidad de seguir el desarrollo del fenómeno con coordenadas conceptuales teóricas y experienciales en el siguiente ciclo (se espera, 2015), y determinar instrumentos de medición específicos a aplicar durante el mismo periodo.

5. Las entrevistas fueron realizadas por una antropóloga, quien, por confusión, ha sido identificada como “coordinadora” de RNT por algunos participantes.

Referencias bibliográficas

- Agrest, Martín y Druetta, Ivana (2011). El concepto de recuperación: la importancia de la perspectiva y la participación de los usuarios. VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría (Vol. XXII), pp. 56-64.
- Chamberlin, Judi. A Working Definition of Empowerment. www.power2u.com
- CAC (Centro de Acción Crítica en Salud Mental). (2013). De la enfermedad a la diferencia. Revista Chilena de Salud Pública, 17(3), pp. 213-217.
- <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/issue/view/2589>
- Chacón, F. y García, M. (1998). Modelos teóricos en psicología comunitaria. En González, M. (Coord.). Psicología comunitaria: fundamentos y aplicaciones (31-47). España: Síntesis.
- Corrigan, P. W. y Watson, A. C. (2002). Understanding the Impact of Stigma on People with Mental Illness. World Psychiatry, 1, 1, pp. 16-20.
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489832/>
- Chuaqui, J. (2005). El estigma en la esquizofrenia. Ciencias Sociales Online, 1(2), pp. 45-66.
- http://www.uvm.cl/csonline/2005_1/pdf/esquizofrenia.pdf
- López, M.; Laviana, M.; Fernández, L.; López, A.; Rodríguez, A. y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [online], vol.28, n.1, pp. 48-83.
- <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v28n1/v28n1a04.pdf>
- Musitu, G. y Buelga, S. (2004). Desarrollo Comunitario y Potenciación. En Musitu, G.; Herrero, J.; Cantera, L. y Montenegro, M. (Eds.), Introducción a la Psicología Comunitaria (pp. 167-195). Barcelona: UOC
- Montero, Maritza (2005). Teoría y Práctica de la Psicología Comunitaria. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Maya Jariego, I. (2004). Sentido de comunidad y potenciación comunitaria. Apuntes de Psicología, 22 (2), 187-211.
- Muñoz, M.; Pérez, E.; Crespo, M. y Guillén, A. (2009). Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo que sufren las personas con enfermedad mental. Madrid: Editorial Complutense S.A.
- Roder, V., Brenner H.D., Kienzle N., y Fuentes, I. (2007). Terapia Psicológica Integrada para la esquizofrenia (IPT). Granada: Alborán.
- SAMHSA (2004). Declaración nacional de consenso sobre la recuperación en salud mental. <http://store.samhsa.gov/shin/content/SMA08-4129S/SMA08-4129S.pdf>
- Read, J.; Mosher, L. y Bentall, R. (eds.). (2006). Modelos de locura. Aproximaciones psicológicas, sociales y biológicas a la esquizofrenia. Barcelona: Herder.
- Whitley R. y Drake R. (2010). Recovery: A dimensional approach. Psychiatric Service, 61, 1248-1250.
- Zambrano, A. (2007). Una aproximación psicosocial a los procesos de fortalecimiento comunitario en el espacio local. En Alfaro, J. y Berroeta, H. (Eds.), Trayectoria de la Psicología Comunitaria en Chile: Prácticas y Conceptos (287-304). Valparaíso: Universidad de Valparaíso Editorial.
- Zimmerman, P. (2000). Empowerment Theory: Psychological, Organizational and Community Levels of Analysis. En J. Rappaport y E. Seidman (Eds.), Handbook of Community Psychology (pp. 43-64). Nueva York: Kluwer Academic Plenum.
- Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology, 86, 103-126.

Trabajo N° 8

“Aquí se Recicla, Recicla tu Vida”: Incorporación de la mirada medioambiental en una propuesta de Salud Mental Comunitaria, COSAM La Florida

Autores: Felipe Gutiérrez M.¹, Alejandra Pezoa G.¹

1 Psicólogo; COSAM La Florida

Cómo surge esta experiencia

“Nos regalaron unos containers para separar basura y no sabíamos mucho qué hacer... así que reciclamos... y esto fue creciendo, creciendo y no paró...ahora apoyamos a reciclar vidas”.

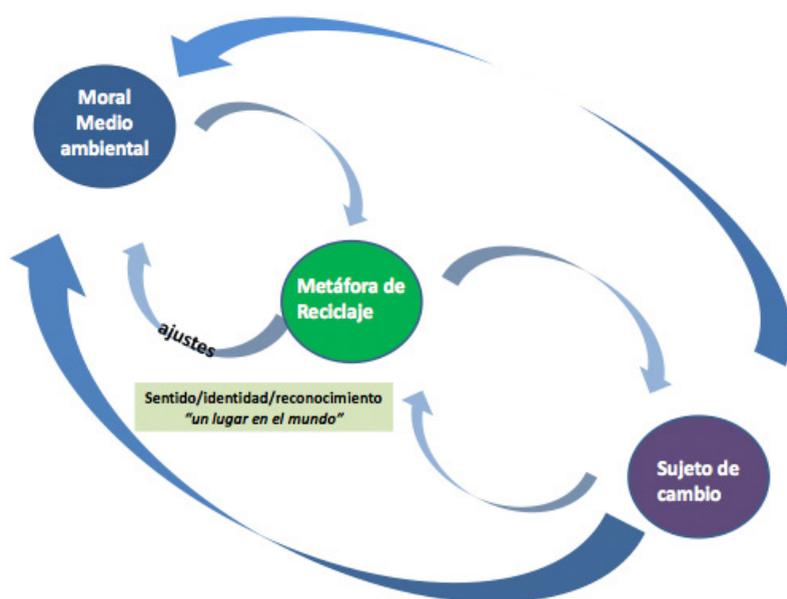
Uno de los elementos comunes en la etiología de los problemas de salud mental y de adicciones en general dice relación con la pérdida de sentido con respecto a los propios contextos de la persona que los sufre. En la adicción se van perdiendo los contactos interpersonales, los roles en la comunidad, las redes y entornos de los que la persona formaba parte; y por otro lado, se incorpora a un espacio marginal y de exclusión, consistente en el circuito de su consumo, que finalmente es un no-espacio para generar significados acerca del sí mismo.

En este contexto, pareciera entonces que se puede hacer una conexión entre la rehabilitación y el ejercicio de responsabilización medioambiental y la acción comunitaria, ya que aparece un continuo en la figura permanente del rescate y la reutilización de aquello que se percibe como inútil, llegando a ser una clara metáfora de la reconstrucción/reparación de un sentido “dado por perdido” del sujeto. Por otro lado, esta falta de sentido y pertenencia aísla al sujeto, haciéndolo más vulnerable y más atomizado, perdiendo de vista su entorno y las posibilidades/potencialidades que éste le brinda. Justamente es en este encuentro/vinculación en y con la comunidad donde el sujeto crea y construye una nueva identidad que le brinda pertenencia y un nuevo sentido a su existencia. Esto es el potencial comunitario que encontramos en la experiencia de responsabilización medioambiental.

Inicialmente esta experiencia se desarrolla en el Programa de Adicciones expandiéndose a otros programas de salud mental del propio COSAM como otros dispositivos de salud comunal. Desde el año 2008, el equipo técnico/profesional de la Comunidad Terapéutica Diurna (CTD) del Programa de Adicciones trabajó en adecuar el programa a las necesidades de los pacientes. Uno de estos productos de re-diseño programático ha sido la incorporación de la mirada medioambiental al proceso de rehabilitación, elemento que surge espontáneamente del ejercicio de reflexión en relación a la rehabilitación y la construcción de una mirada comunitaria. Tras reconocer el impacto de esta intervención y de la motivación del propio equipo técnico, se decide incluir en los objetivos

transversales del Programa la responsabilización medioambiental como una posibilidad de potenciar el tratamiento. Esta incorporación se desarrolla en la vivencia de experiencias concretas medioambientales entre las que podemos mencionar el Ecotour (visita guiada a diez estaciones medioambientales).

El año 2010 el equipo realiza una investigación en el contexto de un curso de Evaluación de Proyectos conveniado entre el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente y el Centro de Adicciones de Canadá CAMH acerca de la percepción de la incorporación de esta mirada medioambiental en el Programa, encontrando que a través del ejercicio comunitario medioambiental el “sujeto” logra “un lugar en el mundo” que le pertenece y que se sustenta en la promesa de “reciclaje”; así la metáfora de reciclaje y su contenido progresivamente se “toma” la intervención permitiendo articular el movimiento del proceso de resignificación tanto de los procesos de rehabilitación como los de sentido interventivo, con dos componentes clave, a saber, el ejercicio de la escasez y el componente multidimensional de la metáfora de reciclaje. Este movimiento se dirige hacia la moral medioambiental funcionando como una suerte de “promesa” de intervención, operando de portador de sentido para el proceso dinámico completo. A continuación se muestra el esquema de la investigación.



El objetivo de esta experiencia consistió en incorporar la mirada de responsabilización medioambiental en el Programa de Rehabilitación con el fin de fortalecer la construcción de plan de salud mental comunitaria.

El devenir de la experiencia

Como se ha señalado anteriormente, la experiencia se desarrolla inicialmente en el Programa de Adicciones, se incorporan progresivamente acciones medioambientales desde el año 2008 y el año

2010 se realiza la investigación antes mencionada para evaluar los efectos de esta incorporación, donde se constata/evidencia la potencialidad de la intervención medioambiental tanto para los procesos individuales de rehabilitación, como su potencialidad en el accionar preventivo-promocional comunitario.

Dentro de las acciones concretas la comunidad desarrolló una experiencia llamada “Ecotour”, que consiste en una visita guiada a 10 estaciones medioambientales: murales y mosaicos, cunas de reciclaje, pasillo, cancha, lombricultura y compostaje, la plaza, calefactor solar, invernadero, lavadero e iluminación led. Estas acciones se realizaron en dependencias del mismo Centro y en el Centro de Salud Familiar Los Castaños (costado del COSAM).

Este Ecotour es realizado por los miembros de la CTD, quienes son los “voceros” de esta experiencia comunitaria (las estaciones son acciones que han realizado progresivamente los miembros que han ido pasando por la CTD). En este sentido, es muy significativo que sean los propios usuarios/as quienes hacen de guías, puesto que son parte de la comunidad y “le hablan a su propia comunidad desde un lugar de conocimiento y de cuidadores del medioambiente”, por lo que son reforzados en forma inmediata y, a su vez, son ubicados/reconocidos en un lugar que puede ser mejorable para todos. Tal como lo mencionamos en los resultados de la investigación, comienzan a construir “un lugar en el mundo” de pertenencia e identidad que es posible construir comunitariamente.

A este Ecotour han asistido diversas comunidades, los propios usuarios/as del CTD y sus familias. Han colaborado estudiantes de la Universidad de Chile, como voluntarios, en la capacitación de las temáticas medioambientales propiamente tal y han participado alrededor de 300 personas de la comunidad; podemos mencionar jardines infantiles, colegios, funcionarios de salud, organizaciones comunitarias, autoridades locales y nacionales.

Ha sido muy significativo el vínculo que se genera entre la CDT del COSAM y las organizaciones comunitarias a partir de la vivencia del Ecotour, porque ha generado motivación a replicar algunas de las experiencias medioambientales en sus entornos, produciéndose así un trabajo colaborativo al cooperar en la implementación de esas acciones y en la mantención de las mismas.

Los logros

A partir de la incorporación de la mirada medioambiental en el proceso de rehabilitación a través del ejercicio de las experiencias medioambientales se puede constatar que existen al menos dos efectos a destacar como resultados de la intervención, esto es implementar colaborativamente un producto medioambiental en la comunidad (puede ser el calefactor solar, los mosaicos, el horno solar) asociado a la co-construcción de un protocolo de uso y mantención participativo, lo que daría cuenta de un sujeto colectivo organizado en torno a una temática “sentida” por la comunidad, es decir, el sujeto de la intervención deja de ser un sujeto individual y se transforma en un sujeto colectivo/grupal que antes no existía.

Otro resultado de esta experiencia es la vinculación que se ha generado en distintos niveles de atención en salud, vinculando la atención primaria con los dispositivos secundarios de atención en un trabajo colaborativo. También se ha generado una intervención trans-sectorial que fomenta un

potencial funcionamiento en red

Dentro de los facilitadores de esta experiencia se encuentra la permanencia de la CTD y del equipo técnico que ha permitido dar continuidad a esta experiencia. Aumentó la motivación tanto de los usuarios como del equipo. La vinculación inter y trans-sector que había desarrollado el COSAM de La Florida a partir del trabajo intersectorial de la Ley de Alcoholes también ha facilitado que diversas comunidades puedan ser invitadas a experimentar este ecotour y generar nuevas vinculaciones con la CTD y con el COSAM. En este sentido, el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría también aporta una plataforma ubicando a los COSAM como centros de referencia en la comunidad local.

Al invitar a los otros dispositivos de salud y de salud mental a realizar esta experiencia de trabajo colaborativo a partir de las temáticas medioambientales, aparecieron las primeras resistencias, puesto que se hacía “difícil” vincular esta experiencia con la salud mental. A su vez, existe poca experiencia en desarrollar este tipo de vinculación colaborativa de construcción de un sujeto comunitario al cual intervenir. Sin embargo, a poco andar estas resistencias han cedido y se han transformado en vínculos de cooperación y colaboración que se han desarrollado en forma progresiva.

Análisis de la experiencia

Tradicionalmente los programas de salud mental/adicciones se han vinculado con la comunidad asistencialmente, o entregando información acerca de las patologías de salud mental (psicoeducación). En esta experiencia la aproximación ocurre/deviene entre comunidades a través de una temática medioambiental, creándose un vínculo colaborativo y tal como se plantea en la investigación, en un movimiento hacia la moral medioambiental, que por cierto al ser universal es inclusiva y permite que “todos/as podamos aprender, aportar y cambiar para mejorar nuestro planeta, nuestro entorno”.

Al incorporar el enfoque medioambiental en la salud mental, se ofrece la posibilidad de realizar salud mental comunitaria, puesto que es el sujeto comunitario/colectivo el que se pone al centro de la intervención. Por ello cualquier intervención en salud mental que incorpore esta mirada puede ser replicable. Se suma a lo anterior la universalidad de la temática medioambiental, “la moral medioambiental”, en su dimensión ética entrega una plataforma puesto que es “bueno mejorar el planeta” y por ende vincularnos colaborativamente para este fin se convierte en una nueva posibilidad de cambio.

La experiencia es sostenible puesto que se incorporó esta mirada transversalmente en el programa de rehabilitación. Las acciones medioambientales se encuentran en permanente construcción (el sentido es reconocer que siempre hay proyectos en curso, porque la comunidad siempre está cambiando y siempre podemos mejorarla). A su vez, estas acciones generan plataforma para sostener el trabajo comunitario porque ofrecen un lugar, espacio y trabajo compartido con las comunidades.

La construcción de una nueva identidad y el sentido de pertenencia que genera en la CTD (equipo y usuarios) aparece como un factor de continuidad de la intervención medioambiental, y a su vez la potencia del efecto que el ejercicio del trabajo comunitario y colaborativo ejerce en los sujetos y en la comunidad, lo que pareciera ser fundamental para dar sustento a la práctica presentada. La transferencia ocurre en el espacio de encuentro de las comunidades, va más allá de una transferencia

técnica, aunque efectivamente hay conocimiento técnico específico que se traspasa, también hay traspaso de motivación e identidad. La creación de una nueva identidad y un sentido de pertenencia generan un primer impacto en los usuarios y en el equipo. A través de la metáfora “recicla tu vida” se incorpora la posibilidad de cambio. En el encuentro con la comunidad ampliada se entrega/transfiere conocimiento técnico y a su vez se genera/ofrece una vinculación colaborativa que puede ser replicable comunitariamente.

Para finalizar, cabe destacar que el año 2011 esta experiencia fue premiada con una mención honrosa en el concurso de buenas prácticas en el desarrollo de redes comunitarias de salud mental de la OPS para Chile, Perú y Argentina, por la innovación en salud mental.

Trabajo N° 9

Teatro del oprimido en AESAM

Autor: Marcelo Sanhueza V.¹

1 Licenciado en sociología, Representante de AESAM Talcahuano, Región del Bio-Bio

Objetivo de la experiencia

Ejercicios para la integración, confianza y respeto. Reflexión de situaciones de opresión que han vivenciado desde la representación corporal, para luego en conjunto con toda la agrupación representar posibles soluciones.

Estas soluciones se dramatizan para ser aplicadas en el futuro, a partir de la dramatización surge una nueva solución que es dramatizada por otro participante, para concluir con mayor información sobre cómo actuar frente a la problemática.

Fundamentos y/o referencias teóricas

El teatro del oprimido es una tendencia teatral sistematizada por el dramaturgo, actor, director y pedagogo teatral brasileño Augusto Boal. Se trata del teatro de las clases oprimidas y para los oprimidos, para desarrollar una lucha contra estructuras opresoras.

Metodologías utilizadas

Ejercicios corporales para generar confianza, respeto y unión entre los usuarios.

Resultados

Empoderamiento de los participantes para enfrentarse a situaciones de violencia u opresión que son vivenciadas en su cotidiano.

Impacto

Ha tenido un impacto enorme en la actitud de los usuarios de la agrupación AESAM, generando capacidad crítica y ayudando a enfrentarse a relaciones de opresión y jerárquicas que viven en su cotidiano.

Desafíos

El principal desafío es replicar esta actividad en diferentes lugares de Chile, ya entramos en conversaciones con Osorno para replicar la experiencia con usuarios de esa ciudad. Por otra parte no se requieren grandes recursos para poder implementarlo, ya que el único gasto está asociado al tallerista que trabaje el teatro del oprimido.

Referencia Bibliográfica:

Link:<https://www.facebook.com/video.php?v=700252886652464&set=vb.100000032777165&type=3&theater>

Trabajo Nº 10

Trabajo con Pares para fomentar la recuperación de usuarios con un Trastorno Mental Severo

Autores: Sara Schilling¹, María José Jorquera G.², Cristian Barra P.³, Gerald Faúndez S.⁴, Bernadita Ormeño L.⁵, Ginette Ormeño L.⁵, Anita Urbina G.⁶, Eliecer Valencia O.⁷, Rubén Alvarado M.⁸

1 B.A. Neurociencias, MPH© y Coordinadora de Trabajo de Campo, CTI-TS

2 Psicóloga y Supervisora, CTI-TS

3 Par Trabajador CTI-TS de COSAM Peñalolén

4 Par Trabajador de CTI-TS de CESAM San Joaquín

5 Par de apoyo CTI-TS de CESAM Lo Espejo

6 Par Trabajador CTI-TS de CRS Hospital Padre Hurtado

7 Abogado y Co-fundador de CTI-TS

8 Psiquiatra y Investigador Principal de RedeAmericas; Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Introducción

Esta experiencia es parte de un proyecto piloto de una intervención comunitaria que forma parte del grupo RedeAmericas, fundado por el NIMH (Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU), que involucra varias universidades de la región de América Latina, incluyendo la Universidad de Chile. El objetivo de la red es mejorar las condiciones de vida de las personas con trastornos mentales severos en la región y fomentar las presentaciones basadas en la comunidad, que permite una mayor inclusión, orientada hacia la recuperación de los usuarios, a través del modelo de intervención, nombrada Intervención en el Tiempo Crítico -- Delegación de Funciones (CTI-TS) (Susser, 2012).

Problema que motivó el desarrollo de la experiencia

En América Latina y en Chile en específico, las personas con un trastorno en salud mental grave a menudo tienen que lidiar con el estigma y la discriminación, el desempleo y la pobreza extrema, la falta de oportunidades en el espacio social y laboral, pese a que representan las personas con psicosis uno de los grupos más numerosos entre adultos con trastornos psiquiátricos severos. Además, a pesar de entregar apoyo clínico de profesionales de salud mental, los servicios comunitarios de salud mental en Chile aún no han implementado la incorporación de un par, que es una persona que ha vivido con un diagnóstico de salud mental y por ende, puede relacionarse y fomentar la recuperación de otros usuarios con la misma vivencia, creando en el proceso, un cambio social respecto a la inclusión social y laboral de los mismos.

La intervención

CTI-TS es una intervención de tiempo limitado y personalizada la que junto con potenciar las fortalezas de los usuarios, trabaja con sus intereses y habilidades. Es ejecutada por una dupla de trabajadores, compuesta por un monitor comunitario y un par trabajador, los cuales acompañan a usuarios con un trastorno mental severo de la red pública de salud por un periodo de 9 meses en la comunidad para fortalecer su redes formales e informales de apoyo, mejorar su inclusión social y fomentar su recuperación (CTI-TS; 2014).

La característica distintiva del modelo CTI-TS es que reconoce explícitamente el importante papel que pueden desempeñar los pares en la prestación de apoyo continuo para las personas que sufren enfermedades mentales. Aunque la evidencia empírica rigurosa en esta área todavía no ha surgido, numerosos abogados, médicos, salubristas y los destinatarios de servicios nacionales e internacionales creen firmemente que el apoyo de los pares es un medio especialmente eficaz de ayudar a las personas con enfermedad mental de hacer frente a su enfermedad, evitar el aislamiento y mantener una actitud positiva sobre el futuro (Alvarado, 2013; Minoletti, 2012; Tomes, 2006; Solomon, 2004; Stastny, 2012; Weingarten, 2012).

Metodología

Los pares trabajadores fueron seleccionados de los Centros de Salud Mental Comunitaria de la red pública que participan de este proyecto piloto. Los requisitos para ser un par trabajador se basaron principalmente en sus características personales, donde el respeto hacia los demás, su experiencia como usuario de la red pública, el trabajo activo de ellos mismos para recuperarse y su narrativa orientada hacia dicha recuperación, fueron elementos fundamentales para su incorporación en el equipo.

Con el fin de garantizar que la intervención sea de calidad y profesionalizar el trabajo de los pares, se basó en el manual de Formación Específica de CTI-TS. Este manual, junto con estandarizar el proceso de formación cubriendo los conceptos y las prácticas de la intervención, con énfasis en el desarrollo de habilidades prácticas, entregó material didáctico de apoyo, como videos y relatos personales de pares. La capacitación de CTI-TS, que incluyó a sus compañeros de trabajo, los trabajadores comunitarios, tuvo una duración de 54 horas (Conover y Restrepo-Toro, 2013).

Los pares trabajadores además recibieron un entrenamiento exclusivo, con el objetivo de dedicarles más tiempo al esclarecimiento de dudas como también en la correcta comprensión de su rol como par, entendiendo éste como un compañero-promotor que, igual al usuario que acompaña, tiene un diagnóstico psiquiátrico severo y utiliza su experiencia personal para inspirar a otro en su camino hacia la recuperación (Restrepo-Toro, 2010).

Los trabajadores de este proyecto reciben supervisión grupal cada semana, guiada por profesionales de la salud mental, que junto con orientar la línea de acción de la intervención, asegura que los pares sean tratados como iguales entre los trabajadores que no tienen un diagnóstico en salud mental y como expertos de “conocimiento interno” de la enfermedad, en base a sus vivencias. Estas narrativas personales, que sirven como una herramienta de trabajo importante para inspirar a otros,

fueron desarrolladas en conjunto con una experta de la formación de pares y el movimiento de recuperación, María Elvira Restrepo de Boston University, quien les apoyó con la elaboración de sus historias personales de recuperación. Cabe destacar que los pares son reconocidos como trabajadores y son remunerados como tales.

Impacto

En el transcurso de proyecto, los pares trabajadores han demostrado la habilidad de formar relaciones de confianza con los usuarios asignados a su carga de casos, entregándoles apoyo pertinente y inspirando esperanza en su recuperación mediante compartir sus propias experiencias.

Su trabajo ha sido acogido y valorado por los familiares de los usuarios de la intervención, cambiando la percepción que las familias tienen sobre las habilidades de sus familiares con diagnóstico, pudiendo proyectar con más optimismo su futuro, además de comprometerlos a potenciar y mantener su proceso de recuperación

Respecto a los profesionales de los Centros Comunitarios de Salud Mental que participan en el estudio, ellos han valorado el trabajo de los pares trabajadores como una herramienta efectiva e importante para la continuidad de los cuidados de los usuarios, y además, han notado los avances de autonomía y auto-estima de los pares trabajadores, que también son sus usuarios.

Finalmente, a nivel personal, los pares se sienten con más confianza y esperanza respecto a su futuro y metas personales, dado que se sienten valorados, no sólo por su nuevo rol laboral remunerado, sino por su aporte a la sociedad, siendo esto reconocido por sus propias familias.

Desafíos

Sabemos que el contexto latinoamericano tiene una percepción errónea y estigmatizadora hacia la enfermedad mental en general. El maltrato, la exclusión, el abandono y la pérdida de la dignidad y humanidad ha caracterizado nuestra actitud como sociedad frente a las personas con diagnóstico psiquiátrico severo.

Sin embargo, el modelo de trabajo de CTI-TS, que reconoce el valor del conocimiento adquirido por la experiencia de haber tenido un diagnóstico de enfermedad mental, es la puerta de entrada a una sociedad más inclusiva, que respeta la diversidad de todos sus ciudadanos, incluyendo aquellos con un trastorno mental severo, mirándoles como sujetos de derechos y no de caridad, capaces, con el apoyo de todos, de tener una vida digna, plena y con calidad. El trabajo de pares finalmente rompe con los viejos paradigmas socioculturales respecto a la enfermedad mental.

Referencias bibliográficas

Alvarado R, Minoletti A, Valencia E, Rojas G, Susser E. The need for new models of care for people with severe mental illness in low- and middle-income countries. In: Thornicroft G, Ruggeri M, Goldberg D, editors. *The Global Challenge of Improving Mental Health Care*. John Wiley: Chichester, UK; 2013.

Conover S, Restrepo-Toro ME. CTI-TS Training the Trainers Manual: 54-Hour Training (PSWs, CMHWs, Supervisors). RedeAmericas. Julio 2013.

Minoletti A, Galea S, Susser E. Community mental health services in Latin America for people with severe mental disorders. *Public Health Rev.* 2012;34(2): epub ahead of print.

Restrepo-Toro ME. *Entrecruzando nuestros caminos: Entrenamiento para compañeros-promotores de recuperación y rehabilitación*. Boston: Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation; 2010.

Solomon P. Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatr Rehabil J.* 2004 Spr;27(4):392-401.

Stastny P. Introducing peer support work in Latin American mental health services. *Cad Saúde Colet.* 2012;20(4):473-81.

Susser E, Lovisi G, Valencia E. Special Issue: RedeAmericas: Network for Mental Health Research in the Americas. *Cad Saúde Colet.* 2012;20(4):403-4.

Tomes N. The patient as a policy factor: A historical case study of the consumer/survivor movement in mental health. *Health Aff.* 2006;25(3):720-729.

Weingarten R, Restrepo-Toro ME. Recovery narratives: 'Eee how far I've come.' *Cad Saúde Colet.* 2012;20(4):448-52.



Foto 1. De izquierda a derecha: Gerald Faúndez PAR Trabajador CESAM San Joaquín proyecto CTI-TS, Sara Schilling Coordinadora Trabajo de Campo CTI-TS Y Cristián Barra PAR Trabajador COSAM Peñalolén.

Anexo 1: Texto Poético

“Mente Revolucionaria”, Poema-Canción de Ginette Ormeño, Par Trabajador de CESAM Lo Espejo

Mente Revolucionaria

19 años de edad
Pensaba lo que no debía pensar
Mis años mozos se iban a enredar
En una mañana de pensamientos incoherentes
Que es difícil descifrar

Voy a hacer empeño de hablar
Llegué a un lugar donde puedo recordar
Era una estatua de un hombre
Que se suponía lo que hacía era pensar
Hospital Psiquiatría de Recoleta era sin dudar

Para descansar lo primero una inyección
Después de romper los vidrio por montón
Logré salir del sueño y despertar
Y amanecer en la mañana confusa
Al pensar, hablar y hasta caminar

Al tiempo con pastillas me pude recuperar
Hasta amarras pude saltar
Peñas debí enfrentar
Incoherencias en mi mente debí aguantar
Ya no quiero recordar, sólo quiero acotar
Algunas palabras más de mi pensar

Después tiempo recorrí
Hospitales que no eran novedosos
Hasta El Peral debí llegar
Trabajando en las mañana
Por unos pesos me animaba

Hasta un cigarro me alegraba

Ahora estoy tranquila
Me encontraron remedio, una pastillas
Para mis voces, mis sueños, y ansiedades
Voces que están calmadas, sueños de
Cielos constelares y ansiedades
Que los médicos ayudan en estas enfermedades

Voy volviendo para recuperarme te digo
Piensa en la ayuda de tus amigos
En tu familia y si te sientes solo, piensa
Hay quien lleve tu carga
Hasta que tú puedes levantarla

Ahora con mis años
Te digo para que te alientes
Camina, avanza y sigue adelante
Para que la psicosis no te alcanza

Cuida tus pensamientos, abrirlos en tu cabeza
Ten fe, tranquilidad, confianza y animo
Intégrate, canta, baila y lo principal
Vive para amarte y realizarte

“La Parra Anónima”

Ginette Ormeño Leiva

Trabajo Nº 11

Radio Diferencia: Voces resilientes por la inclusión y la participación

Autora: Karina Insinilla B.¹

1 Periodista de Radio Diferencia, Valparaíso

Historia

En el año 2005, gracias a la iniciativa de un periodista, Sergio Olivares y un grupo de usuarios y usuarias del Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso, nace la idea de crear un proyecto comunicacional ciudadano que diera espacio a las múltiples necesidades de este sector de la población.

Para lograrlo, conformaron la Agrupación de Usuarios de Hospitales Psiquiátricos por la Expresión Radiofónica, entidad autónoma y sin fines de lucro, que busca acabar con el estigma social a través de la participación de personas con malestar psíquico en el discurso público. Desde entonces, este grupo se organiza a través de una directiva elegida periódica y democráticamente, financiando su quehacer mediante la autogestión.

Así nace Radio Diferencia¹, un espacio radial inclusivo que promueve el respeto a la diversidad humana basado en los principios de igualdad, autonomía y participación. Su labor está orientada a reivindicar el carácter ciudadano de las usuarias y los usuarios de la salud mental, junto con brindar una instancia terapéutica abierta a la comunidad.

Objetivos de la Diferencia

Como ya se enunciaba, los principales objetivos de esta propuesta comunicacional son:

- Generar un espacio de libre expresión y organización de las personas con malestar psíquico que promueva los **derechos humanos** y la **inclusión social**.
- Crear una red de apoyo y un espacio de **terapia grupal** para sus integrantes, familiares y para los internos del Hospital.

1. El correo de contacto es: laradiodiferencia@gmail.com; nuestro Facebook: www.facebook.com/laradiodiferencia.agrupacion; y Twitter: [@RadioDiferencia](https://twitter.com/RadioDiferencia)

- Informar y **educar** a la audiencia en temáticas de Salud / Discapacidad / Trastorno Mental, para acabar con el estigma social asociado a este sector.

Por tanto, Radio Diferencia asume como misión ayudar a crear una sociedad más democrática e inclusiva; dejando atrás los estigmas y prejuicios asociados a la patología y/o sintomatología mental.

Fundamentos

La falta de espacios de participación ciudadana y de medios de comunicación que trabajen por la salud mental y los derechos humanos, motivó a este equipo a generar un proyecto radial cuyo mensaje contribuyera a educar a la población para terminar con otro gran problema que afecta a las personas con malestar psíquico: el estigma social. En consecuencia, se desarrolló un programa de carácter inclusivo y terapéutico, en donde las voces de un sector históricamente discriminado como éste puedan ser las protagonistas.

Esto es de suma importancia, ya que la agrupación y su labor radial permitieron que los usuarios conformaran su propio lugar de encuentro, autónomo del hospital, en un momento en el que las organizaciones de usuarios y sus familiares comenzaron su declive en la región.

La idea concreta de hacer radio surge luego de conocer Radio La Colifata de Argentina, cuya experiencia que ha servido de inspiración a diversas iniciativas de este tipo desarrolladas por todo el mundo, como Radio Nikosia (España), Radio Vilardevoz (Uruguay), Radio Abierta (México), Radio Potencia Mental (Brasil), Radio Totalnormal (Suecia) y Radio Citron (Francia), entre otras. En Chile el pionero fue "Radio Estación del Paraíso" realizado desde el Hospital Psiquiátrico El Peral, durante los años 1999 y 2000².

Tras más de 20 años de existencia, los logros de Radio La Colifata son múltiples. Es tal el beneficio para sus participantes y la contribución en términos de recreación del imaginario social que en Chile existen actualmente varias instancias similares. No obstante, Radio Diferencia es la única dirigida y conformada íntegramente por usuarios y no por profesionales de la salud mental, lo que apunta a la autonomía y el empoderamiento real de sus integrantes.

Metodología y Funcionamiento

Como agrupación de usuarios por la libre expresión y la salud mental, el equipo se reúne periódicamente para comunicar experiencias, opiniones e informaciones a la audiencia, en jornadas de grabación abiertas a la comunidad. A éstas han asistido estudiantes y profesionales de diversas áreas, llegando incluso algunas personas desde el extranjero. También han participado usuarios internos y usuarios ambulatorios del hospital.

Las reuniones de pauta se llevan a cabo los días miércoles y las grabaciones se realizan cada sábado, entre las 11:00 y las 13:00 horas, en el estudio ubicado en el patio del Hospital Psiquiátrico

2. El documental "La Furia de los Caballos sin Patas" de Francisco Schultz muestra parte de lo que fue esta experiencia. El tráiler está disponible en: <http://cinechile.cl/pelicula-640>

del Salvador. Luego, los programas se retransmiten por Radio Placeres³, Radio Valentín Letelier⁴, La Radioneta⁵, Radio Enrique Torres⁶ y Radio Antú⁷. También se pueden escuchar online ingresando a: www.radiodiferencia.cl.

El contenido abarca principalmente tópicos relativos a la Salud Mental y el Bienestar del ser humano, además de promover la no discriminación y abordar temas de actualidad e interés general. Nuestro equipo lo componen hoy en día cerca de una decena de personas, quienes se expresan sin censura.

Durante estos años, hemos contado con el apoyo de estudiantes y profesionales externos al hospital, tanto del área de la salud como de las comunicaciones, que han colaborado voluntariamente. Es más, gracias a su ayuda Radio Diferencia cuenta hoy en día con un sitio web y redes sociales activas que facilitan el intercambio con la audiencia.

El financiamiento proviene de la autogestión (documentos, movilización y equipos), además de la ayuda del hospital que nos facilita el espacio físico y algunos insumos (como galletas, café y azúcar).

Resultados: Contribución Social

En primer lugar, este espacio radiofónico permite visibilizar una temática históricamente abandonada, hecho que se refleja en el reconocimiento que ha alcanzado Radio Diferencia al ser invitada a participar en distintas actividades relacionadas con la cultura, la comunicación y la salud mental. Algunas de ellas son: seminarios y exposiciones en establecimientos educativos (Universidad ARCIS, Universidad de Valparaíso, Universidad Católica de Valparaíso, Universidad de Chile); el Primer Encuentro de Radios Colifatas 2007 en Buenos Aires, Argentina; la Feria Anual “Psiquiátrico Puertas Abiertas”; el Festival Internacional de Fotografía Valparaíso 2013; ciclos de cine y jornadas de poesía al interior del Hospital Psiquiátrico, entre otros.

El hecho de comunicar para transformar la realidad de miles de usuarios y usuarias en el país ha permitido acercar esta problemática a la ciudadanía. Así, esta organización ha logrado informar y educar respecto a qué son las enfermedades mentales, cuál es el rol de los familiares, cuáles son los derechos de los pacientes, en qué consisten los tratamientos convencionales y los alternativos, cuáles son las falencias del actual sistema de atención en salud mental, qué iniciativas comunitarias hay en esta materia, etcétera.

Impacto

A nivel de usuarios, hemos observado que este espacio derivó en **terapia grupal**, pues sus protagonistas pueden intercambiar experiencias y guiar a la audiencia con sus testimonios y

3. A través del 87.7 FM, Valparaíso, los sábados a las 17:00 horas.

4. A través del 97.3 FM, Valparaíso, los domingos a las 08:00 horas.

5. Online en: www.laradioneta.cl (Valparaíso).

6. Online en: <http://radioenriquetorres.blogspot.com> (La Granja, Santiago).

7. Online en: <http://anturadio.blogspot.com/> (Viña del Mar).

conocimientos. Igualmente, esta labor brinda una red de apoyo y contención, fortalece la **autoestima** al ejercer la palabra pública y mantiene **organizados** e informados a los usuarios, al tiempo que se desarrollan como comunicadores radiales.

Por otro lado, Radio Diferencia es reconocida dentro de las organizaciones de salud mental, así como también dentro de los medios de comunicación comunitaria. Esto último, derivó en una sólida alianza con cinco emisoras (cuatro en la Región de Valparaíso y una en la Región Metropolitana) que retransmiten los programas. Así, podemos afirmar que las voces de los usuarios de la salud mental han logrado instalarse en el discurso público gracias a instancias como ésta, que promueven la inclusión y la autonomía.

Asimismo, esta iniciativa ha tenido apariciones en diversos medios masivos como: diario online El Mundo⁸, La Tercera TV⁹, Televisión Nacional de Chile¹⁰, Quinta Visión, El Mercurio de Valparaíso, La Otra Voz¹¹, Radio UCV¹² y Radio Valentín Letelier, entre otros.

Desafíos

Los mayores desafíos son:

- **Falta de financiamiento.** Los usuarios son quienes deben costear el traslado a las reuniones y jornadas de grabación. Para ir a otros eventos, como aquellas actividades realizadas en la región Metropolitana, el equipo suele solicitar apoyo económico del hospital. La falta de ingresos en este sentido limita la asistencia a encuentros y la realización actividades en torno a la salud y la inclusión, ya que son los mismos usuarios quienes deben costear su movilización, lo que es un gran desafío considerando las miserables pensiones que reciben.

- **Falta de un equipo profesional constante.** Al no contar con los recursos para que esta labor sea remunerada, no se ha podido consolidar un equipo multidisciplinario que colabore con esta instancia de manera estable. De esta forma, se ha hecho difícil postular a fondos concursables y gestionar nuevos apoyos.

En estos momentos, el equipo de Radio Diferencia se encuentra en conversaciones para afianzar el apoyo del Hospital Psiquiátrico que los acoge y así dar un salto importante en términos de la profesionalización de esta experiencia.

8. Nota disponible en: <http://www.elmundo.es/america/2012/11/26/noticias/1353957813.html>

9. Video disponible en: <http://www.radiodiferencia.cl/voces-de-la-costa-por-la-tercera-tv/>

10. Nota disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=YM3nS8pin0g>

11. Nota disponible en: <http://www.laotravoz.cl/radio-diferencia-voces-desde-el-psiquiatrico/>

12. Nota disponible en: <http://www.ucvradio.cl/bsite/2012/10/15/hospital-psiquiatrico-del-salvador-realizo-su-primera-feria-denominada-psiquiatrico-puertas-abiertas/>



Foto 1. Parte del equipo en entrevista para La Tercera TV, 2013

Trabajo Nº 12

Autocuidado y Salud Mental Docente en Educación Básica Municipal de Viña del Mar

Autores: Diego Piñol A.¹, Carolina Maripangui U.¹, Andrea De la Torre C.², Felipe Garrido D.²

1 Sociólogo; Asociación Chilena Pro Naciones Unidas, V Región

2 Psicólogo; Asociación Chilena Pro Naciones Unidas, V Región

I. Objetivo

Diseñar un modelo de intervención que permita potenciar/habilitar a las instituciones educativas como agentes preventivos y protectores de los niños, niñas y adolescentes, a partir de la implementación de un proyecto piloto en la salud mental docente

I.1 Objetivos específicos

1. Construir un modelo de intervención que permita fomentar el autocuidado y la salud mental en docentes de escuelas básicas municipales siguiendo la evidencia nacional e internacional en la materia
2. Implementar un programa piloto con docentes de primer ciclo básico en 6 escuelas de Viña del Mar
3. Evaluar y sistematizar las lecciones aprendidas por el piloto realizado en Viña del Mar, observando la replicabilidad del modelo en otros territorios del país, en otros grupos objetivos y en otras instituciones educativas

II. Fundamentación Teórica

El “malestar docente” al que diversos estudios nacionales e internacionales hacen referencia es explicado por diversas razones. Como punto inicial se identifican a los factores estructurales del sistema educativo como primer argumento del malestar docente, dada la homogeneización de los contenidos educativos, el rol evaluador que ha asumido el Estado y la segmentación socioeconómica del sistema educacional (Cornejo, 2003). Por otra parte se identifica a las condiciones de trabajo, desde el incremento de horas lectivas, el aumento de exigencias y presiones, y el control del uso del tiempo (Cornejo y Quiñones, 2007); hasta los factores asociados al propio ejercicio docente, sentimiento de expropiación del hecho educativo mismo, baja valoración social y la culpabilización

individual (Kohen y Valles, 1994). Las condiciones laborales de los y las docentes en nuestro país han sido caracterizadas por sentimientos de inseguridad y temor (agresividad en el ambiente escolar y, contacto con situaciones de tráfico y consumo de droga), condiciones físicas y materiales inadecuadas (condiciones térmicas y de iluminación inadecuadas, alto nivel de ruido y contaminación) (Colegio de Profesores, 2000; Asún, Molina y Real, 2002; UNESCO, 2006).

El nivel de demandas sobre la profesión docente y las condiciones para ejercer su trabajo están íntimamente relacionados con el contexto socio-cultural propio de cada país. Para comprender este fenómeno diversos autores han logrado indicar que el ambiente laboral se posiciona como un eje desde donde se construye el bienestar del docente y su calidad de vida. Para ello es necesario observar los factores psicosociales presentes en el ambiente laboral en Chile. Al respecto, Alvarado (2010) señala que al ser comparados los resultados de los docentes con una muestra representativa de todos los trabajadores del país, se evidencia que los niveles más altos de exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo corresponden a la dimensión de “exigencias psicológicas”. En segundo lugar aparece la dimensión “trabajo activo y posibilidades de desarrollo” y la dimensión “compensaciones”, quedando en último lugar la dimensión de “apoyo social en la empresa y calidad del liderazgo”. Este orden es similar al encontrado en la población de trabajadores del país, pero con diferencias notorias para la dimensión “exigencias psicológicas”, donde el grupo de docentes muestra niveles bastante más elevados.

Si bien los docentes se caracterizan por disponer de cifras similares a las del promedio de trabajadores en nuestro país, la dimensión exigencias psicológicas se posiciona como una característica particular de los profesionales de la educación. En efecto, el apoyo y liderazgo presente en los establecimientos no se muestra como un factor de especial riesgo en los docentes, y tanto como las compensaciones recibidas en su labor como las posibilidades de desarrollarse en su trabajo son elementos muy similares o incluso un poco por sobre la media de trabajadores. Estas cifras se detallan en la siguiente tabla.

Factores de riesgo	% bajo	% medio	% alto
Exigencias psicológicas	10,6	31,2	58,2
Trabajo activo y posibilidades de desarrollo	21,2	65,1	13,8
Apoyo social en la empresa y calidad del liderazgo	43,9	27,5	28,6
Compensaciones	37,0	33,7	29,3

Fuente: Alvarado, 2011

A partir de estos resultados, abordar los elementos que constituyen a los factores de exigencia psicológica de los docentes se convierte en piedra angular que guiará la propuesta de intervención en los establecimientos educativos que conforman la experiencia de trabajo.

III. Metodología

Los principios de intervención de la estrategia se basan en los establecidos por Vail (2005), en su análisis de las relaciones al interior de los establecimientos educativos, orientando a la estrategia de intervención en la organización educativa en torno a tres componentes centrales:

- Empoderar a los profesores y miembros del equipo directivo: las personas se sienten más felices cuando tienen algún grado de control sobre su entorno de trabajo. Escuelas donde existe un espacio para participar y donde la participación es valorada y considerada en la toma de decisiones, poseen menor desarmonía en el equipo docente (así como mejoras en el comportamiento de los estudiantes).
- Reconocer y acompañar a los profesores y miembros del equipo directivo: Proveer de acompañamiento a los miembros del sistema educativo, identificando sus buenas prácticas, entregando retroalimentación y reconocimiento (tanto personal como pública) en relación con su quehacer, es fundamental. La retroalimentación positiva es un elemento altamente motivante para un buen desempeño y para una adecuada salud mental.
- Preocuparse por el bienestar personal de los docentes: una organización educativa donde los compañeros de trabajo se interesan por el bienestar personal de otros, y no sólo con sus resultados y logros, es un elemento clave en la “salud” de la escuela y de sus miembros.

Para operacionalizar estos tres componentes de logro en la salud psicosocial de los docentes, la estrategia se organizó en torno a dos metodologías de trabajo: psicodrama y grupos de indagación sobre la práctica docente, las que se detallan a continuación:

Psicodrama (teatro espontáneo): construcción de redes de protección docente

Fundado desde el psicodrama trabajado por J.L. Moreno, el Teatro Espontáneo desarrolla las capacidades terapéuticas y creativas del psicodrama grupal para la transformación social de los grupos o colectividades. El teatro espontáneo puede acercar a las y los docente desde la experiencia escénica a sus conflictos recurrentes, estableciendo un espacio protegido y promovido por la confianza y la corporalidad, en donde logran en forma conjunta reconstruir sus problemáticas y buscar creativamente nuevos cursos de acción o derivas para los conflictos o verdades enunciadas; el encuentro con la verdad proclamada por el espectáculo es el reencuentro liberador del individuo y de la comunidad con la verdad (Aguar, 2009).

El espacio fue dirigido por una psicóloga especialista en psicodrama, acompañada por dos facilitadores de escena. Siendo ésta una estrategia de apertura de confianzas y sentidos docentes, se logra afianzar la posibilidad de un espacio de trabajo grupal colaborativo para el desarrollo de Grupos de Indagación sobre la práctica. El psicodrama llevado a cabo en cada escuela se caracterizó como un espacio de desahogo, creación y reposicionamiento para los docentes, entregando confianza y compromiso a su participación en el proyecto. Con un promedio de dos horas de trabajo en cada establecimiento, cada psicodrama estableció un trabajo centrado en el reconocimiento de las expectativas, experiencias y vocaciones de los docentes para iniciar y sostener su carrera profesional en el contexto municipal.

GRIP, Representaciones Sociales y Trabajo Colaborativo

La modificación de las representaciones sociales de los docentes sobre sí mismos y su entorno es un trabajo que requiere la activación de una reflexión colectiva de cómo se comprende la relación pedagógica tanto con los estudiantes como entre los propios docentes para contribuir

colaborativamente en estrategias sistemáticas y progresivas a favor de un clima propicio para el aprendizaje. Para ello, los Grupos de Indagación sobre la Práctica Docente se constituyeron en base a un pequeño grupo de docentes, que desempeñan funciones similares dentro un establecimiento educacional, los que se reúnen con una periodicidad acordada a reflexionar sobre su práctica, utilizando un método de conversación que les ayuda a focalizarse en sus percepciones, representaciones y emociones, favorecer la reflexividad personal y grupal y generar nuevas posibilidades de acción y nuevos climas emocionales. El principal objetivo es que los y las participantes vivan una experiencia de creciente cuestionamiento sobre lo dado por obvio, lo que no es consciente en sus prácticas laborales cotidianas, en un contexto de contención afectiva y auto y mutuo cuidado, que les permita construir en conjunto aprendizajes y generar alternativas.

Esta metodología se basa en los Círculos de Análisis de la Práctica desarrollados por la Comunidad de Aprendizaje Puente para los profesionales del Programa Puente de FOSIS, en los años 2004 y 2005. (Estos últimos tomaron a su vez, entre otras fuentes, lo desarrollado con docentes en los Talleres de Educadores, desarrollados por PIIE). Los grupos de indagación sobre la práctica es una metodología conversacional que a través de la reflexión y discusión de situaciones o episodios de la vida cotidiana les permite a los y las docentes, focalizar y comprender sus percepciones, representaciones y emociones, y así generar nuevas posibilidades de acción y nuevas herramientas de trabajo. Los GRIP generan un espacio grupal de intercambio y reflexión entre los y las docentes que logra configurar procesos de auto observación de sus prácticas y representaciones, tanto a nivel individual (motivacional, desarrollo profesional, relaciones fuera de la escuela) y grupal (entre docentes y entre docentes-estudiantes).

IV. Resultados

La salud mental docente y el autocuidado como enfoque y objetivo permite generar diferentes estrategias de trabajo y apoyo junto a los profesores mejorando su bienestar y contribuyendo a mejorar prácticas pedagógicas. Los profesores reconocen el espacio y las actividades como un intento por contribuir a su bienestar, ya que, producto de una serie de tensiones y frustraciones, no solamente su desempeño se ha visto perjudicado, sino además su Salud Mental.

La experiencia de psicodrama tuvo como principales fortalezas la clara identificación de su naturaleza lúdica, que permitió “sacar de la rutina” a los docentes y sobre todo, dar espacio para otro tipo de expresiones que no se logran en la cotidianidad de sus labores. Por otra parte, significó un espacio valorado por los docentes como “un espacio de desahogo”, que necesitan y valoran. Adicionalmente, esta actividad generó un cambio en la disposición hacia el equipo profesional que participa del proyecto, en especial cuando la experiencia de los docentes en otras actividades y proyectos no fueron satisfactorias ni efectivas. Respecto de las representaciones sociales evidenciadas en el psicodrama, se pudo observar que los docentes sostienen con mucho esfuerzo y sacrificio personal su carrera docente; que poseen altos niveles de frustración respecto a su capacidad de incidencia en los y las estudiantes, y a su capacidad de entregar/mejorar los resultados académicos de ellos.

Una constante en los psicodramas realizados es que los docentes se sienten sobrepasados por sus tareas cotidianas, que los distintos actores escolares (estudiantes, apoderados y directivos) no valoran su tarea, y en general, el escaso reconocimiento social a la labor docente. Por otra parte, se observan

a sí mismos motivados y comprometidos para desarrollar su trabajo, irradiada a través de su relación con los niños y niñas, quienes son el foco de atención en su labor pedagógica.

Con respecto a los Grupos de Indagación sobre la Práctica Docente (GRIP), se constituyeron como talleres de auto-cuidado y espacios de diálogo y reflexión, permitiendo a los docentes tomar conciencia de diferentes procesos y conflictos dentro de la propia escuela y aula y hacerse cargo de ellos. El reconocimiento de la existencia de ciertas representaciones sociales que estructuran cierta percepción de los niños y que dan dirección a la acción pedagógica, fue el argumento que permitió la visualización de prácticas que afectaban a su propia salud como a la de la organización educativa. Avanzadas las sesiones se buscó establecer un trabajo colaborativo consciente que permita asumir los desafíos futuros y presentes como un equipo de profesionales y colegas capaces de brindarse apoyo constante y articularse como una red de soporte y ayuda colectiva. Cabe destacar que, si bien la calendarización de los GRIP fue personalizada a las necesidades de cada establecimiento, la planificación construida, en el proceso fue sufriendo variaciones significativas que afectaron a los tiempos de cierre de la propuesta, dado las propias dinámicas internas a los establecimientos educativos.

A diferencia de los psicodramas, los GRIP tuvieron una acogida, respuesta y participación muy diferente en cada una de las escuelas. En algunas funcionaron con bastante interés y compromiso, mostrando la intención de sacar el mayor provecho posible al espacio, en otras la tasa de deserción de la participación de los docentes fue un tema complejo de abordar. Por otra parte, en algunas sesiones los docentes hicieron hincapié en las dificultades que poseen para poder asistir a dicho espacio, como también algunos docentes presentan desconfianzas y dudas sobre el objetivo y finalidad del proyecto que han generado una serie de debates en torno al sentido de estas actividades.

Los elementos favorables para la ejecución de la intervención fueron la flexibilidad del equipo para incorporar las necesidades de los profesores, la integración de ejercicios corporales y actividades de movimiento, y la incorporación de juegos de roles. Las desventajas que se han manifestado son los horarios de sesiones y las responsabilidades a las que deben responder los docentes.

Para evidenciar los resultados de la experiencia se aplicó el instrumento ISTAS (que evalúa el riesgo psicosocial del trabajo, instrumento validado en Chile por la Superintendencia de Seguridad Social) al grupo docente beneficiado, mostrando ciertos efectos de la intervención en torno a las dimensiones de exigencias psicológicas y de compensaciones. Esta tendencia indicaría que el proyecto de intervención logra generar modificaciones en las percepciones de los docentes sobre su trabajo en dos ámbitos, en la capacidad de generar una apertura emocional en su trabajo, en disminuir ciertos síntomas somáticos y el estrés, en el manejo y controlar las tareas, y en la recompensa sobre su trabajo. Se han destacado estos sub-ítems porque la capacidad de incidencia en un periodo de 6 a 8 meses sobre estos aspectos, no se pueden aducir de manera directa a la intervención, sin mecanismos de diseño más adecuados para ello.

Si bien estas tendencias y resultados son promisorias es necesario indicar que el sustento estadístico para esta evidencia debe partir de modelos cuasi-experimentales que permitan aislar un conjunto de variables, por lo que este tipo de mediciones deben ser previstas en el diseño y que los

Factores de riesgo	Muestra de docentes	Promedio Ex ante	Promedio Ex post
Exigencias psicológicas	62,9%	71,6%	66,1%
Trabajo activo y posibilidades de desarrollo	34,0%	38,7%	39,7%
Apoyo social en la empresa y calidad del liderazgo	25,0%	32,0%	31,6%
Compensaciones	33,4%	42,9%	33,8%

Fuente: Elaboración propia

instrumentos utilizados en esta experiencia sirven de base para las estimaciones. En líneas generales, las diferentes actividades establecidas y sobre todo articuladas por los Grupos de Indagación en la Práctica (GRIP), permitieron aumentar la cohesión grupal, mejorar la comunicación y colaboración entre pares, generar un grado de alivio y desahogo, constituir al grupo de profesores como un grupo de apoyo, fomentar el trabajo en equipo y establecer un espacio de autocuidado y distensión. Además, se logró percibir las virtudes de los diferentes participantes y reconocer las fortalezas propias que posee la diversidad dentro de la escuela. Los juegos, la música, las actividades lúdicas, las conversaciones, entre otros elementos, fueron valorados por los profesores puesto que les permite tener un espacio distinto en el cual encontrarse.

IV. Desafíos

Respecto a desafíos futuros es posible señalar que este proyecto, un piloto de intervención en escuelas con el objetivo de habilitarlas como agentes preventivos, debe ser replicado en otras modalidades, centralmente por la escasa evidencia a nivel nacional e internacional de la eficiencia y efectividad de estas iniciativas.

Algunas de las recomendaciones consideran el establecer un diálogo permanente con los docentes, desde el inicio hasta el término de la propuesta, favoreciendo acuerdos en la planificación y ejecución del programa, evitando las tensiones generadas por el desconocimiento del programa o sus actividades. En segundo lugar, intentar vincular a los directivos con el programa y los profesores, fomentando el compromiso hacia los docentes y los espacios de trabajo, guiando ambas partes a constituirse como una comunidad gestora de la salud mental y el bienestar de sus integrantes. Un tercer elemento tiene relación con establecer las fases de intervención según las necesidades emergentes y más inmediatas de los profesores, luego generar posibles etapa de entrega de herramientas en el caso que sean requeridas o trabajos entorno a mejorar las prácticas pedagógicas.

Referencias bibliográficas

- Aguiar, M. (2009) El Teatro de la Anarquía. Editorial Quimantú.
- Alvarado, R. (2010). Salud mental en los docentes de escuelas municipalizadas y resultados en la prueba SIMCE. Informe Final FONIDE.
- Asun,D; Molina,D; Real,C. (2002). Burnout en educación. http://www.educarchile.cl/UserFiles/P0001/File/articles-74768_Burnout%20en%20educacion.doc
- Cornejo, J. (2003). El pensamiento reflexivo entre profesores. Revista Pensamiento educativo. 32: 343-373
- Cornejo, R y Quiñones, M.(2007).Factores asociados al malestar/bienestar docente. Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación. REICE. Vol. 5 , N° 5e.
- Corvalán, M. (2005). La realidad escolar cotidiana y la salud mental de los profesores. Revista enfoques educacionales. 7 (1). 69 – 79.
- Kohen, J& Valles, I. (1994) Crisis educativa y salud laboral docente. Salud de los trabajadores. 2(2), 143-151.
- UNESCO (2006) Condiciones de Trabajo y Salud Docente.
- Vail; K. (2005).Create great school climate. The Education Digest.71,(4); 4-11. Research Library Core.
- Valdivia G y cols. (2003) Estudio de la salud laboral de los profesores en Chile. Informe Final del Proyecto. Pontificia Universidad católica de Chile.

Trabajo Nº 13

Trabajo comunitario para enfrentar la exclusión social: Salud Mental y Personas en Situación de Calle

Autoras: Katherine Salcedo P.¹, Verónica Monreal A.²

1 Psicóloga Fundación Gente de la Calle, Santiago

2 Psicóloga P. Universidad Católica de Chile, Santiago

Introducción

El origen de la ahora llamada Fundación Gente de la Calle (FGC) se remonta a 1987, con acciones puntuales realizadas por un grupo juvenil perteneciente a la Vicaría Pastoral Universitaria, que consistían en la celebración de la “navidad en la calle” con Personas en Situación de Calle (PSC) del sector de la Vega Central en Santiago. En ocasión de una de estas actividades, un participante que se encontraba en el lugar se acercó y dijo: *“Es bien bonito que vengan a vernos pa` la navidad, pero por si acaso nosotros estamos aquí todos los días”*. Este comentario gatilló la reflexión e impulsó la decisión de iniciar un trabajo permanente en la Vega Central (1).

En enero de 1995 entró en funcionamiento la Casa de Acogida de la Vega, la que albergó a decenas de personas del sector en situación de calle, quienes encontraron en este lugar espacios para el encuentro y el descanso, además de contar con baños para el aseo personal, ropa limpia y otros pequeños servicios a los que no accedían por sus condiciones de vida, como es el caso de las curaciones y derivaciones a centros de salud. Rápidamente se sumó la demanda de alimentación, por lo que se otorgó almuerzo y onces (2).

El año 2005 el Estado chileno inició un proceso trascendental al abordar, por primera vez, una perspectiva de derechos de las PSC. Se realizó el Primer Catastro Nacional de PSC, que buscaba determinar la cantidad de personas que se encontraban en esta situación en las 80 ciudades más pobladas de Chile¹. Este catastro tenía como objetivo principal dimensionar y caracterizar a las PSC, con el fin de facilitar su inclusión social y mejorar sus condiciones de vida, aportando importante información para la elaboración e implementación de programas y políticas dirigidas a estas personas.

1. Se entiende por persona en situación de calle a quien se halle pernoctando en lugares públicos o privados, sin contar con una infraestructura tal que pueda ser caracterizada como vivienda aunque la misma sea precaria, y a aquellos que, por carecer de alojamiento fijo, regular y adecuado para pasar la noche, encuentran residencia nocturna, pagando o no por este servicio, en alojamientos dirigidos por entidades públicas, privadas o particulares y que brindan albergue temporal. Asimismo, a aquellas personas que por encontrarse sin hogar o residencia, y sin apoyo de familiares u otros significativos, dependen de programas sociales que ofrecen residencia permanente o por períodos importantes, con apoyo biopsicosocial” (Mideplan, 2005, p.11).

Fue así que desde el mes de abril del año 2006 se implementó el programa piloto denominado **Programa de Apoyo a la Integración Social de Personas en Situación de Calle**, que tenía por objetivo asegurar las condiciones mínimas con las que debe contar una persona (cédula de identidad, acceso a salud, educación, trabajo, habitabilidad, entre otras) y promover el uso eficaz de los servicios públicos y privados disponibles en el territorio.(3)

La Fundación Gente de la Calle, con una trayectoria de 20 años, ingresa el mismo año a ser parte de las instituciones ejecutoras del programa piloto Calle Chile Solidario, y en el año 2009, y tras tres años de la ejecución del programa Calle Chile Solidario, se evalúan en conjunto a otras instituciones de la sociedad civil las demandas manifiestas de las PSC con respecto a la insuficiencia y pertinencia de los servicios de Salud Mental en las redes institucionales, no se encontraban accesibles o funcionaban bajo modalidades que no se adaptaban a los perfiles y necesidades de las personas en situación de calle. Debido a numerosas propuestas, se implementan los programas hacia una nueva línea complementaria al apoyo psicosocial: **Servicios Complementarios desarrollados para los usuarios del Programa Calle, en las áreas de salud mental y de empleabilidad.**

Teniendo en cuenta que lo que aparecía como problemático en el marco de la salud mental era un porcentaje significativo de adicciones y que FGC trabajó desde sus inicios particularmente con personas con consumo problemático de alcohol, en el año 2010 se ofrece el servicio complementario al apoyo psicosocial del programa calle, que pretendía responder a las demandas de las PSC que no estaban funcionando en las redes institucionales, y se contrató a un equipo de profesionales en el ámbito de rehabilitación de adicciones para intervenir en el consumo de drogas y alcohol de esta población.

Paralelamente, para complementar la oferta en situaciones en donde no se está respondiendo oportunamente a los perfiles más complejos, particularmente personas con discapacidad² psíquica o física que presentan consumo dependiente de drogas o alcohol, se crean las ferias de servicios que son espacios a disposición de las PSC en donde pueden acceder a servicios integrales de atención, desde necesidades básicas: comida, entrega de ropa, útiles de aseo, peluquería, podología, y servicios más especializados como los son el control de salud, las orientaciones sociales, legales y laborales; así como también generar un espacio de recreación e interacción que les permita a las personas constituirse en actores sociales de derecho (2).

Algunos datos relevantes

En junio del año 2012, tras la publicación del segundo catastro de PSC “En Chile Todos Contamos”, se detalla que uno de los principales problemas de salud que declaran padecer las PSC es el consumo problemático de alcohol con un 41,5%, seguido por el consumo de drogas con un 19,9%. Además un 6,5% que declara sufrir Esquizofrenia (5). Estos resultados dan cuenta de la percepción del sujeto, sin ningún método de verificación para su diagnóstico clínico, con lo que podemos preguntarnos cuántas

2. Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. (Artículo 1º, inciso 2º de La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad)

otras personas tienen alguna patología y no han sido diagnosticadas. Por otra parte, las conclusiones de este Estudio son claras respecto a la atención de salud que señalan: "...preocupa el hecho que entre quienes estuvieron enfermos haya un grupo de personas que no se atendió en algún centro de salud, hecho que muestra que las estrategias de cuidados de la salud entre esta población son postergadas hasta la presencia de alguna urgencia médica. Es entonces que recién llegan a la red de salud en general con patologías agravadas por distintos motivos..." (5).

Debido a este diagnóstico a comienzos del año 2011 se establece una mesa técnica de trabajo Ministerio de Desarrollo Social y Ministerio de Salud, que se plantea como objetivo central co-construir un modelo de atención en salud mental para personas en situación de calle que brinde atención en Salud Mental en la red de salud, suficiente y adecuada para responder a las necesidades de los beneficiarios del Programa Calle. Comprendida desde el marco institucional del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000 (6).

Objetivo de la experiencia

El objetivo central de las acciones realizadas ha sido **Contribuir a la inclusión social de las personas en situación de calle.**

Este objetivo se enmarca en lo ya señalado respecto de la preocupación por las personas con problemas de consumo de alcohol que se encontraban en situación de calle, por las que se comenzó a instalar casas de acogida para que pudieran resolver sus necesidades básicas. Al echar a andar esta iniciativa, también surgió el interés por enriquecer estas acciones con actividades de promoción y prevención a través de atenciones psicológicas centradas en la persona, fomentando su confianza y el fortalecimiento de sus capacidades, además de realizar capacitaciones y gestionar colocaciones laborales.

Metodología

Fundación Gente de la Calle ha desarrollado diversas acciones de carácter comunitario dirigido a PSC para la promoción y fomento de su salud mental y calidad de vida. Así también, ha realizado acciones específicas orientadas a la detección y tratamiento de trastornos mentales. A continuación se describirán tres líneas de acción: Casas de Acogida, Feria de Servicios y Programa Complementario de Salud Mental.

Las **Casas de Acogida** son lugares de entorno comunitario instaladas en un barrio, en las cuales se acoge y acompaña a las personas que allí asisten, entregando servicios básicos.

En las **Ferias de Servicios** se ponen a disposición servicios integrales de atención, gestionando las redes locales para acercar la oferta que no está disponible o son de difícil acceso para las personas, evitando que agrave su deterioro. Los servicios entregados son controles de salud, orientaciones sociales, legales y laborales. Para asegurar la convocatoria se entregan, además, servicios básicos como alimentación, aseo y entrega de ropa.

El Programa Complementario de Salud Mental busca poner a disposición de las PSC a un equipo

profesional en el ámbito de la salud mental que tiene por objetivo: (i) Diagnosticar de manera pertinente y oportuna a los usuarios que requieren de un diagnóstico en el ámbito de la salud mental considerando su situación de calle; (ii) Complementar el Plan Individual de Trabajo definida por el apoyo psicosocial en la dimensión salud; (iii) Capacitar en salud mental a los equipos de apoyo psicosocial, de acuerdo a los requerimientos; (iv) Realizar talleres a los usuarios en materias relevantes para apoyar y facilitar el proceso de acompañamiento psicosocial; y (v) Derivar a redes de salud pública y/o privada.

Resultados e Impactos

Las experiencias presentadas buscan ir más allá del formato y propósito asistencial, constituyendo una propuesta innovadora en el campo de la intervención social en esta población. Es así como, las *Casas de Acogida* buscan promover los recursos potenciales en las personas en situación de calle, fomentando los intercambios comunitarios entre ellas y los demás miembros de la comunidad. También se ha estimulado la capacidad de agruparse como organización civil para que sean ellos sus propios representantes. Además, *las Ferias de Servicios* vinculan a las personas en situación de calle con la oferta existente en el territorio y el *Programa Complementario de Salud Mental* diferencia niveles de complejidad e intervenciones específicas para personas en situación de calle con problemas en su salud mental.

El siguiente recuadro enlista los principales logros obtenidos:

- Desarrollar un trabajo en red con el Instituto Psiquiátrico José Horwitz Barak, específicamente con la Unidad S.E.T.A (Servicios de Estabilización de los Trastornos Adictivos).
- Participar en el Consejo Consultivo del Instituto Psiquiátrico José Horwitz Barak.
- Establecer acciones coordinadas con la Red de Salud local (comunal).
- Trabajar conjuntamente con las/os trabajadoras/es sociales de los hospitales.
- Mantener un catastro de ofertas para personas en situación de calle.
- Visibilizar a los pacientes psiquiátricos que se encuentra en situación de calle y dar cuenta de las problemáticas asociadas a su discapacidad.
- Constituir una mesa temática de personas en situación de calle en el Congreso de Santiago.
- Consolidar el aprendizaje en equipo.
- Evidenciar un mayor reconocimiento y sensibilización social de la situación de calle.

Por otra parte, también se constatan impactos positivos en los usuarios tales como:

- Los usuarios reconocen tanto a la institución como a su expertiz en la realización de estas acciones. A su vez ellos/ ellas se sienten reconocidas, validadas, cuidadas, escuchadas y apoyadas, visualizándose como personas de derecho, valorando así el respaldo que reciben frente a sus necesidades.
- La restitución de su dignidad y de un sentido de pertenencia se ha iniciado como un camino en muchos de los usuarios, habiéndose consolidado en otros.
- Las personas han accedido a servicios que de otra forma son de muy difícil acceso: Salud y Atenciones Socio Jurídicas.

Desafíos

Nuestro mayor desafío es, en un horizonte temporal de 10 años, erradicar la situación de calle en Chile, de tal modo que ningún ciudadano por su condición de vulnerabilidad social, cultural, económica o de salud deba vivir y morir en la calle.

La erradicación de la situación de calle debe tener como marco el resguardo de los Derechos Humanos y el cumplimiento de los compromisos nacionales e internacionales de protección de población especialmente vulneradas.

Nos planteamos despertar la conciencia y sumar las voluntades de todos los actores sociales (autoridades políticas, mundo empresarial, sociedad civil, académicos) para diseñar, ejecutar y evaluar estrategias conducentes a la erradicación de la situación de calle.

Referencias bibliográficas

1. Fundación Gente de la Calle (2011). Memoria 2010. Santiago, Chile
2. Fundación Gente de la Calle (2012). Memoria 2012. Santiago, Chile
3. Ministerio de Planificación (2005) Habitando la Calle. Catastro Nacional de Personas en Situación de Calle.
4. Ministerio de Planificación (2010). Programa de Apoyo a la Integración Social de Personas en Situación de Calle. Santiago.
5. Ministerio de Desarrollo Social y Universidad Alberto Hurtado (2012). En Chile todos contamos. Segundo catastro nacional de personas en situación de calle. Colección Observatorio Social. Santiago: Ed. U. Alberto Hurtado.
6. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, año 2000. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública.

Trabajo Nº 14

Atenciones Itinerantes de psiquiatría infantil y equipo de clown terapéutico con técnicas de riso y arteterapia, perspectiva comunitaria y transcultural en hospitales de comunas rurales de la Región del Biobío

Autor: Carlos Haquin F.¹

¹ Psiquiatra infanto-juvenil. Equipo de Clown Terapéutico del Servicio de Salud Ñuble

1. Fundamentos y referencias teóricas:

En Chillán en el año 2011 era necesario disminuir la larga lista de espera de atención de psiquiatría infantil. Las horas disponibles eran escasas y eran asignadas a comunas urbanas, dejando excluidas a las rurales como El Carmen, Bulnes, Coelemu, San Carlos y San Ignacio, donde no había diagnóstico en salud mental infantil, ni derivaciones internas. Los equipos psicosociales carecían de habilidades terapéuticas para trabajar con niños, resolver patologías graves como maltrato y trastornos de conducta y del espectro autista.

Es por lo anterior, que el Servicio de Salud Ñuble se comprometió a mejorar ésta situación, contratando a un psiquiatra infantil con el objetivo de reducir la lista de espera en las comunas rurales. Además de incluir intervenciones permanentes de un equipo de clown terapéutico con el fin de capacitar a equipos locales, usuarios y familias con técnicas complementarias.

Si bien esta iniciativa es innovadora, el equipo clown terapéutico lleva más de 6 años trabajando técnicas complementarias, trabajo que ha ido sistematizando y validando de manera empírica, a través de la experiencia que el equipo ha desarrollado en otras localidades como Talcahuano, Cañete, Lebu, Angol, Los Álamos y en situaciones post- desastres como lo vivido en el 27F.

Todas estas experiencias han permitido recoger fundamentos teóricos para aplicarlas en contextos tales como “Estimulación itinerante para niñas y niños con rezago”, incluida en el primer catálogo de iniciativas replicables “Cuando copiar es bueno”, del programa estatal Chile Crece Contigo, 2009. “Intervenciones de riso y arte terapia itinerantes con equipo de clown terapéutico en comunidades mapuches costeras y caletas de pescadores víctimas de terremoto y maremoto el 27-F” en las provincias de Arauco y Concepción, expuesta en el XV Congreso mundial de Psiquiatría, Buenos Aires, 2011.

2. Metodologías utilizadas:

Esta experiencia primeramente se ha caracterizado por ser comunitaria, respetuosa de la cultura local, involucrando no solo a usuarios sino que también a profesionales, logrando generar un ambiente distendido que facilita el proceso de atención. Las técnicas utilizadas fueron de riso y arterapia (clown, música y artes plásticas), con frecuencia de una vez por semana y con un coordinado trabajo en red con equipos locales de salud (Hospitales, CESFAM, COSAM y postas), municipales (salud y educación) y SENAME (hogares rurales).

La metodología incluyó atención de pacientes por psiquiatra infantil, actividades comunitarias de promoción y prevención (técnicas de clown, globología, manualidades); terapias de grupo y para padres, e intervenciones lúdicas en salas de espera; trabajando intersectorialmente, con recursos cruzados para mejorar la salud mental de los niños de comunas rurales de la provincia de Ñuble.

La iniciativa incluyó también visitas domiciliarias y a escuelas, consultorías y actividades individuales y grupales entre otras; de manera acogedora, asequible y siempre desde una perspectiva altamente positiva. Con el fin de sistematizar el trabajo y poder ser replicado, se midió la variación de Autoestima en usuarios en los ámbitos social, escolar y del hogar; cuantificándola mediante la aplicación (antes y después) de la Escala de Autoestima de Coopersmith.

Por otra parte la gestión permanente del equipo executor con los dispositivos locales de salud, municipales y SENAME fue fundamental, pues permitió intervenciones articuladas con la red local, y seguimiento de los casos más vulnerables detectados.

3. Resultados:

Respecto a los resultados la intervención ha sido efectiva, se redujo la lista de espera resolviendo el estancamiento de la misma. También se ha modificado el modelo clásico de atención (psiquiatra infantil-psicólogo), por uno más integral de los niños con tratamiento multidisciplinario biopsicosocial y técnicas de risoterapia.

Además, se registró un aumento de autoestima en niños intervenidos con técnicas de riso y arterapia. Se realizaron más talleres grupales, más consultorías, y se sumaron más profesionales de equipos locales a la atención de niños y jóvenes. Se desarrollaron habilidades terapéuticas en equipos locales, ampliando las atenciones psicosociales hacia área infantil, y mejorando adhesividad de usuarios a atenciones y tratamientos.

Usuarios cuentan con médico especialista cercano, no deben esperar eternamente por atención y tratamiento integral. Niños que accedieron a tratamiento con medicamentos, no volvieron a repetir de curso.

Además se realizaron atenciones grupales, visitas a terreno y actividades comunitarias de promoción y prevención, las que complementaron atenciones por psiquiatra y psicólogo y talleres grupales con técnicas de clown terapéutico. Se logró un trabajo conjunto entre equipo executor, equipos de salud locales, redes de educación y SENAME, para un abordaje integral de los usuarios.

4. Impactos:

a) En los usuarios:

Aumento de autoestima en usuarios en ámbitos social, escolar y hogar; el que fue cuantificado mediante aplicación (antes y después) de Escala Autoestima Coopersmith. El 100% de niños reconocen beneficios de terapias y el 100% de padres reconocen mejoría al negociar con ellos.

Respecto a las atenciones psiquiatría infantil (especialidad) en comunas intervenidas, estas aumentaron de 1.277 en el 2011, a 2.324 en el 2013. Consultorías (adulto e infantil) aumentaron de 74 el 2011 a 221 el 2013, con cifra significativa consultorías área infantil. Lo mismo ocurrió con el porcentaje horas Atenciones Psicólogos, Hospital Comunitario Bulnes que aumentó de 19,6% en el 2011 (80% 4 adulto) a 31,9% el 2013 (68,1% adulto).

b) En la comunidad, en equipo de salud y en redes locales:

Visibilización de la gran necesidad de atención de salud mental en niños de comunas rurales. Los equipos locales reconocen notable mejora en el trabajo con niños, y están satisfechos con técnicas utilizadas en actividades de prevención y promoción, las que son valoradas por la comunidad.

La intervención ha facilitado la risa entre funcionarios y usuarios, generando un clima positivo durante atención de usuarios.

La iniciativa ha potenciado el trabajo en red y ha contribuido a validar el uso de técnicas de riso y arte terapia con niños usuarios de salud mental.

Se han desarrollado actividades de capacitación y autocuidado de equipos clínicos, impartidas por docentes de nivel internacional.

Se han realizado actividades de prevención, promoción y rehabilitación: Jornada de Sensibilización de Directores de escuelas mediante teatro-conversación acerca de autismo y déficit atencional, actividades de prevención uso de alcohol y drogas en niño y en higiene salud bucal.

c) Impacto en difusión de la experiencia:

Esta experiencia ha sido publicada en revistas científicas y expuesta en congresos científicos nacionales e internacionales, tales como:

1.- Expositor en Congreso Anual de la Sociedad Chilena de Neurología y Psicología Infantil "Técnicas de intervención risoterapia y autoestima en niños usuarios de las unidades de psiquiatría infantil de Hospitales Comunitarios, Servicio de Salud Ñuble, Santiago, Chile, 2012.

2.- Expositor en X World Congress of the International Association for Adolescent Health - IAAH.

3.- Trabajo de investigación en arte y risoterapia en adolescentes, y su relación con autoestima. Dr. Carlos Haquin F. Estambul, Turquía. 2013.

5. Desafíos:

a) Se logró el compromiso del Servicio de Salud Ñuble para validar la experiencia, gestionar el acceso a fármacos, exámenes y equipos profesionales multidisciplinarios y contratar a un psiquiatra especialista para disminuir lista de espera en comunas rurales de la provincia de Ñuble. Integrar a profesionales del Servicio de Salud Ñuble al trabajo itinerante del equipo ejecutor.

b) Se implementó un proyecto innovador, con atenciones de calidad, que requiere de la permanente validación de sus beneficios. Se logró una eficiente coordinación y gestión de todas las redes de equipos locales para disponer de todos los recursos necesarios para la adecuada implementación de la experiencia, traslados del equipo ejecutor y gestión de espacios físicos.

c) Se abordó una especialidad de alta complejidad como lo es la psiquiatría infantil, con el diagnóstico y visibilización de patologías graves como maltrato infantil, psicosis, trastornos severos de conducta, entre otros. Involucrar a equipos locales de salud, motivarlos en la adquisición de nuevas herramientas complementarias para el trabajo permanente con niños y mantener un equipo unido y comprometido, disminuyendo la rotación de profesionales.

d) El equipo de clown del Servicio de Salud Ñuble ha sido capaz de exponer esta experiencia en congresos, seminarios y jornadas a nivel regional, nacional y mundial.

e) Se ha obtenido una buena evaluación por parte de usuarios y equipos locales. Un efecto “bola de nieve”, donde usuarios evalúan positivamente el trabajo con sus pares, quienes valorizan la experiencia y generan mayor demanda.

Finalmente para el futuro, los desafíos son mantener la continuidad de la experiencia institucionalizando su financiamiento, hacerla transferible a otros servicios o programas estatales, expandirla a otros centros de atención como postas y CESFAM, entre otros e integrar más recursos y más profesionales para seguir validando, legitimando, sistematizando y presentado la experiencia en congresos científicos e instancias de difusión.

Referencias bibliográficas

- X World Congress of the International Association for Adolescent Health - IAAH. Expositor de trabajo de investigación en arte y risoterapia en adolescentes, y su relación con autoestima. Dr. Carlos Haquin F. Estambul, Turquía. 2013.
- XV Congreso Mundial de Psiquiatría. Expositor de trabajo “Intervenciones de riso y arte terapia itinerantes con equipo de clown terapéutico en comunidades mapuches costeras y caletas de pescadores víctimas de terremoto y maremoto el 27-F en las provincias de Arauco y Concepción. Dr. Carlos Haquin F. Buenos Aires, 2011.
- “Cuando copiar es Bueno 1”, Programa estatal Chile Crece Contigo. Iniciativa “Estimulación itinerante para niñas y niños con rezago”, incluida en el primer catálogo de iniciativas replicables. Dr. Carlos Haquin F. Santiago, Chile, 2009.
- XXII Congreso Anual de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la infancia y adolescencia. Expositor de “Trabajo en equipo para mejorar las capacidades de nuestros educandos”, proyecto psiquiatría Alto al Loa, libro resumen. Dr. Carlos Haquin F. Santiago, Chile, 2004.

Trabajo Nº 15

Estrategia de trabajo intersectorial en salud mental: “Consultorías Vida Nueva” en la Comuna de Lo Espejo

Autores: Jimena Zambrano R.¹, Carolina Espinoza C.², Elsa Peralta O.³, Ania Fuentes O.⁴, Marianela Núñez A.⁵, Jose Bethel Berrios C.⁶

1 Trabajadora Social, CESAM Lo Espejo

2 Psicopedagoga, CESAM Lo Espejo

3 Psiquiatra infanto-adolescente, CESAM Lo Espejo

4 Psicóloga infanto-adolescente, CESAM Lo Espejo

5 Psicóloga, CESFAM Clara Estrella, Lo Espejo

6 Trabajador social OPD Lo Espejo.

Introducción

La presente experiencia se enmarca en el Programa de Seguridad Integrada 24 horas (Vida Nueva). Esta es una iniciativa conjunta del Servicio Nacional de Menores (SENAME) del Ministerio de Justicia, la Subsecretaría de Prevención del Delito del Ministerio del Interior y Seguridad Pública, y los equipos de salud mental especializados en las Redes Asistenciales Públicas del Ministerio de Salud (MINSAL).

El programa busca generar un modelo de gestión territorial que involucre a los distintos dispositivos de tratamiento e intervención pertenecientes a los ministerios antes mencionados, siendo su objetivo general “Contribuir a la superación de situaciones de vulneración de derechos y/o a la interrupción de conductas transgresoras en niños, niñas y adolescentes derivados del Programa de Seguridad Integrada 24 Horas”. Se busca que la experiencia sea replicable en otras comunas. (MINSAL, 2011)

En el área de Salud Mental Especializada, dependiente del MINSAL, la finalidad del dispositivo de salud es “Brindar atención especializada de salud mental y psiquiatría a niños, niñas y adolescentes derivados del Programa Vida Nueva, bajo el enfoque de Psiquiatría Comunitaria”(MINSAL, 2011)

Los objetivos específicos del componente de salud mental especializada son:

- Diagnosticar los casos derivados del Programa “Vida Nueva” en forma integral, considerando la evaluación de los recursos personales, familiares y comunitarios para la rehabilitación e inserción social.
- Implementar un plan de tratamiento integral de atención especializada e interdisciplinaria con respuestas oportunas a los requerimientos y necesidades de los casos derivados.
- Establecer relaciones colaborativas entre los distintos equipos de intervención del Programa “Vida Nueva” y la Red de Salud, en función de desarrollar iniciativas familiares y comunitarias conjuntas de rehabilitación y reinserción social.

La experiencia que en el presente documento se describe es desarrollada en la Comuna de Lo Espejo, ubicada en el sector sur de la Región Metropolitana. De acuerdo al Censo 2002, la comuna presenta la mayor densidad poblacional a nivel país y regional, con 15.667 hab/km², de una población total de 112.800 háb (censo 2002). Además, es la comuna con más baja escolarización, el analfabetismo se eleva al 4,5% en los hombres y 2,7% en mujeres.

De acuerdo a un estudio realizado por la Universidad Católica en el año 2011, alrededor de un 50% de los NNA ingresados al Programa 24 Hrs., presentan trastornos de salud mental, lo que implica la necesidad imperiosa de un trabajo en red sistemático (SENAME, 2012)

La Red Vida Nueva, se instala en la comuna hace cuatro años y está compuesta por 4 CESFAM y 1 CESAM (Red de Salud); 2 Programas de Intervención Especializada (PIE); 2 Programas de Intervención Breve (PIB); 1 Programa Comunitario de Drogas (PDC); 1 Programa de Escolarización (PDE), 1 Oficina de Protección de Derechos de la Infancia y Adolescencia (OPD) (dependientes del SENAME), 1 Dupla de Evaluación de riesgo y el Equipo Terapia Multisistémica (MST) del Ministerio del Interior.

Consultorías Vida Nueva

Las Consultorías Vida Nueva se implementan como una estrategia de trabajo unificado y articulado entre los distintos sectores que pertenecen a la red Vida Nueva, dada la alta demanda existente en relación a las necesidades de salud mental y familiar de los NNA y sus familias. La finalidad es brindar atención en salud mental oportuna e integral a los y las usuarias del Programa Vida Nueva (actualmente PSI 24 Hrs), a través del trabajo articulado. Se basa en los modelos de redes, salud mental comunitaria, familiar y biopsicosocial. Junto con lo anterior, las Consultorías Vida Nueva se piensan como un espacio de capacitación y reflexión multidireccional.

La consultoría Vida Nueva toma su nombre de la consultoría instalada en los equipos de la red de salud pública y cuyo objetivo es favorecer *“la actividad conjunta e interactiva entre el equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría y el equipo de salud general de APS, con el propósito de potenciar la capacidad resolutive del nivel primario, mejorar la referencia y contra referencia de pacientes entre ambos niveles de atención y garantizar los cuidados compartido y la continuidad de cuidados de pacientes con problemas de salud mental o trastornos mentales complejos”* (Ley 19.813)

Como se aprecia en la definición anterior, la consultoría se ubica en un marco bidireccional entre atención primaria y de especialidad, siendo el punto de partida a la hora de generar el espacio de la consultoría Vida Nueva que busca incorporar a nuevos actores en este espacio.

Así entonces, la ampliación de la consultoría puede graficarse como sigue:

Esquema de consultorías tradicionales en salud.



Siendo el nuevo modelo el que sigue:

Consultorías Vida Nueva Lo Espejo



Para la realización de las Consultorías Vida Nueva, a fines del año 2011, se acuerda una planificación anual. La estrategia se llevará a cabo en el espacio físico de los CESFAM de la comuna, realizándose una consultoría mensual por cada CESFAM. Una semana antes de que se realice, cada dispositivo envía los casos que desea analizar para dar tiempo al equipo del CESFAM a recopilar los datos de la ficha clínica. En la Consultoría Vida Nueva participan los equipos psicosociales de los distintos programas y el equipo de Especialidad en Salud Mental. El tiempo de ejecución es de 3 horas aproximadamente, donde se puede analizar 2 a 3 casos por dispositivo; se establecen objetivos de intervención y responsables para evitar la sobre-intervención y planes de seguimiento conjunto. Además permite la derivación de casos a salud familiar o mental. En paralelo se realizan coordinaciones para la derivación asistida de los casos, horas de atención o ficha CLAPS. En el año 2013 y 2014, se realizaron jornadas de evaluación de las consultorías para mejorar el espacio de coordinación.

Resultados e impacto de la experiencia

Las Consultorías Vida Nueva han permitido mejorar los procesos de intervención de los casos potenciando la coordinación entre los equipos; disminuir la sobre-intervención; unificar lenguajes y criterios de diagnóstico; capacitar a los equipos del intersector y viceversa; mejorar la pesquisa de los casos; realizar rescates en conjunto; coordinar visitas domiciliarias integrales; establecer un nuevo modelo de Consultoría Biopsicosocial; establecer relaciones horizontales, colaborativas y de respeto mutuo entre los distintos profesionales.

Resulta interesante destacar que este espacio se encuentra instalado en los CESFAM, CESAM Lo Espejo y en los dispositivos del intersector a nivel de planificación operativa. Actualmente se está evaluando la incorporación de duplas psicosociales del sector educación de la comuna.

Junto con lo anterior, atención primaria propone la necesidad de instalar el modelo de Consultoría Vida Nueva para casos que no pertenecen al programa, rescatando el nivel de articulación y

coordinación que emerge de las conversaciones entre salud, SENAME y Ministerio del Interior.

El impacto que ha tenido el desarrollo de esta estrategia puede apreciarse en cuanto a innovación en la creación de un espacio inédito en el que confluyen y conversan profesionales y equipos pertenecientes a SENAME, Salud y Ministerio del Interior logrando instalar una mirada integral de los casos

Asimismo, logran maximizarse los recursos profesionales, económicos y técnicos pudiendo construir planes de intervención en el cual las tareas se distribuyen y comparten, estableciéndose responsabilidades conjuntas, definición de roles y funciones así como seguimiento del caso.

Para la realización de las consultorías Vida Nueva no se requiere de espacios ni implementación nueva a la que ya existe en atención primaria, por lo que la implementación únicamente requiere el poder planificar e incluir el espacio en los tiempos de los equipos.

Ahora bien, al ser una estrategia de intervención intersectorial, resulta importante analizar si es posible sostenerla en el tiempo y espacio, lo cual se ve asegurado en tanto cuenta con una estructura flexible y dinámica que permita adecuarse a las necesidades del momento. Asimismo, al ser una estrategia que ha funcionado y ha sido resolutiva para la Red Vida Nueva, en cuanto a la articulación que se realiza entre los distintos sectores, existe una motivación a continuar implementándola, con una planificación anual, coordinada y consensuada entre los participantes.

Por otra parte, este tipo de Consultoría, impacta positivamente en los usuarios, porque disminuye la sobre-intervención, permitiendo al usuario y su familia conocer en mayor profundidad a los dispositivos en los que participan, conociendo a los equipos profesionales y su procedencia, así como disminuir el circuito institucional al que se ven expuestos cuando hay situaciones de vulneración de derechos o conductas infractoras, ya que se busca reducir al mínimo las intervenciones duplicadas entre equipos.

Por último se rescata el que las instancias que desarrollan los programas a nivel gubernamental y que intervienen a nivel local, regional y nacional hayan reconocido la importancia de implementar estrategias intersectoriales en salud mental infanto-adolescente que presenten vulneración de derecho y/o conductas infractoras, por lo que la necesidad de un modelo de gestión articulado, que brinde atenciones de calidad, oportunas e integrales es fundamental y las iniciativas que emergen de los equipos territoriales son y requieren ser vistas, valoradas, evaluadas, mejoradas y, de considerarse pertinente, replicadas en otros espacios.

Finalmente, el desafío es sostener una iniciativa creada por los equipos, que ha ganado su espacio en las orientaciones programáticas de Vida Nueva (antes de que fuera creada por la red de Lo Espejo no aparecía en el modelo de intervención Vida Nueva), visibilizarla a nivel comunal e ir incorporando a nuevos actores, particularmente ligados a educación, que es el ámbito que, hasta ahora ha quedado fuera de la coordinación y articulación.

Referencias bibliográficas

LEY 19.813. Metas Sanitarias y de mejoramiento de la APS. 2007. Extraído de <http://bcn.cl/drvn>

MINSAL (2011), Orientaciones Técnicas y Administrativas para SEREMIS y Servicios de Salud para la implementación del Programa Vida Nueva, Santiago: LOM Editores.

SENAME, 2012. Informe de Gestión Programa Vida Nueva. Santiago: LOM Editores.

CAPLAN, GERARD (1964), Principios de Psiquiatría Preventiva. Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina.

MINSAL (2008), Norma Técnica N° 106, Para la implementación y funcionamiento de centro de Salud Mental Comunitario. Extraído de <http://bcn.cl>

SENAME (2012), Estudio relativo al diagnóstico en salud mental de niños, niñas y adolescentes atendidos en el marco del Programa Vida Nueva, Centro de Estudios y Promoción del Buen Trato, Santiago. www.buentrato.cl

Trabajo Nº 16

Programa Tres-A: Alimentación –Actividad Física; Afectividad- Sexualidad; Autocuidado-Medio Ambiente

Autoras: Patricia Muñoz G.¹, Carolina Urbina A.²

1 Asistente social, Coordinadora del Programa TRES-A

2 Matrona, Equipos de Salud y Educación, Corporación Municipal de Lo Prado

Problema que motivó el desarrollo de la experiencia

La estrategia llamada actualmente Programa TRES-A se inicia en el mes de Marzo del año 2011. A fines del año 2010, acontecieron en la comuna de Lo Prado tres episodios de suicidios adolescentes. Entre las características que tenían en común, era que éstos pertenecían a escuelas municipales de Lo Prado. Por otro lado se visibiliza la preocupación de la Dirección Comunal de Salud por los altos indicadores de sobrepeso y obesidad en la población infanto-adolescente que, en comparación con las cifras del resto del país, se encontraban por sobre la media regional y nacional.

La nueva iniciativa surge en primera instancia como respuesta a estos problemas. Se declara el inicio de una nueva forma de relación entre el sector Salud y Educación de la comuna (se da por superada la comisión mixta), generándose coordinaciones en el territorio espacial de las escuelas, donde se comienzan a instalar equipos de salud municipal.

Se realiza la primera evaluación antropométrica en 4 escuelas, comprendiendo el primer ciclo básico de cada una de éstas. Los resultados muestran el alto riesgo que presentan los niños y las niñas de la comuna; las cifras hablan que sobre el 50% de los evaluados se ubica entre los rangos de sobrepeso y obesidad.

Se establece una estrategia inmediata que consistió en la instalación de recreos activos, motivando el aumento de la actividad física de los niños y niñas de los establecimientos. El programa de promoción de la salud establece el concurso de colaciones saludables orientadas a las escuelas municipales y contrata una media jornada de nutricionista, a objeto de que establezca una línea de trabajo al interior de los establecimientos de educación. Se comienza la supervisión de los kioscos de venta al interior de las escuelas, intentando que estos aumenten su oferta de productos saludables y motivando a los equipos de gestión de los establecimientos para que incentiven la realización de actividades deportivas en sus establecimientos, lo que es apoyado por la implementación de materiales deportivos. De esta forma se inicia la intervención en aulas del primer ciclo básico, donde ingresan nutricionistas de los CESFAM, a través de un taller educativo dirigido a los niños y niñas.

Paralelamente se establecen las primeras atenciones a los adolescentes de los establecimientos,

por requerimiento de los equipos directivos. Visibilizando temáticas que requerían de un nuevo profesional, se incorpora al equipo inicial una matrona y una asistente social.

La Dirección de Educación solicita diagnósticos cualitativos para el inicio del trabajo con los jóvenes y adolescentes de las escuelas, se diseña la estrategia ECAS, “Espacios de conversación en afectividad y sexualidad”. Los resultados develan la situación de riesgo en la que se encontraban los adolescentes, soledad, inicio precoz de la actividad sexual y del consumo de drogas, ausencia de un proyecto de vida, desesperanza.

Se establece la estrategia de trabajo “familias fuertes”. Equipo de expertos en adolescencia de la Universidad de Chile participan de un trabajo conjunto entre equipos profesionales de educación y de salud, con el objetivo de abordar a las familias de los niños de las escuelas, relevando el espacio de la familia como primer factor protector de los niños y niñas.

Luego de los diagnósticos de las ECAS se establecen talleres psico-educativos en los cursos de séptimos y octavos básicos. Esta actividad fue posible con el apoyo de equipos de matronas, asistentes sociales y psicólogos de los CESFAM. Se diseñan objetivos para la nueva estrategia.

El Programa contempla tres áreas de intervención:

1. Alimentación Saludable y Actividad Física

Promover y fomentar estilos de vida saludable en niños, niñas y adolescentes (NNA) de las escuelas municipales de la comuna de Lo Prado.

Incrementar el desarrollo de actividad física y educativa en materia de estilos de vida saludable en NNA diagnosticados con Obesidad y Síndrome Metabólico.

2. Afectividad y sexualidad

Educar y Promover conductas de autocuidado en materia de Salud Sexual y Reproductiva.

3. Auto-cuidado y Medio Ambiente

Prevención y detección de conductas de riesgo en materias de trastorno emocional, consumo de alcohol y drogas, violencia intrafamiliar y maltrato en NNA de las escuelas municipales de la comuna de Lo Prado, a modo de realizar derivaciones asistidas a la red competente.

Desarrollo de la experiencia

Paulatinamente se han incorporado a la estrategia local programas de política pública del sector salud, tales como Programa Vida Sana/Obesidad, Control Sano del Niño y la Niña en la Escuela, Control Joven Sano (Fichas CLAPS y OKASHA). Así también se logra articulación directa con los programas Espacios Amigables, Promoción de la Salud, Salud Mental Integral, Control de la Fecundidad.

Desde Educación a través de la Ley de Subvención Escolar Preferencial se han contratado horas profesionales de matronas, psicólogas y nutricionistas. Por su parte, el Fondo de Apoyo al Mejoramiento de la Gestión Educacional Municipal financió la implementación de circuitos de máquinas de actividad física instalados al interior de las escuelas; se inicia la contratación de duplas psicosociales como estrategia de continuidad apoyando la gestión del desarrollo de personas en cada establecimiento;

se dispone la instalación de dos escuelas deportivas comunales (Fútbol y Rugby), entre otras. Se han multiplicado las derivaciones directas a JUNAEB, posibilitando derivar a todos los alumnos y alumnas que requieren de los servicios establecidos por la institución.

En el marco de convenios docentes asistenciales entre la Corporación Municipal de Lo Prado e instituciones de educación superior se han destinado importantes horas de alumnos en práctica profesional para el trabajo de talleres y atención en las escuelas.

Logros obtenidos

Alimentación Saludable y Actividad Física. Programa Vida Sana Obesidad:

Descenso leve en el porcentaje de sobrepeso y obesidad, pasando de un 49.2% en niños y adolescentes el año 2011, a un 48,3% en el año 2013, de acuerdo a evaluación antropométrica realizada a las 9 escuelas en los meses de Marzo y Abril.

Control Sano Escolar

Durante el año 2013, un total de 3.367 niños y niñas han sido beneficiados con la evaluación del control sano.

Se han realizado prestaciones de salud a los niños y niñas, desglosadas en 236 auditivas, 319 visuales, 1.546 bucales, 67 traumatológicas, y 98 niños han sido diagnosticados con presión arterial elevada.

El 100% de los alumnos de pre-básica y el 80% de los NNA de enseñanza básica reciben educación, información, reforzamiento en conductas de alimentación saludables.

Un grupo curso por escuela, en 10 establecimientos, se han adjudicado premios consistentes en material deportivo por un monto de \$200.000.

Afectividad y Sexualidad

NNA informados en materias de estilos de vida saludable y autocuidado.

Disminución del embarazo adolescente e incremento en el inicio de método anticonceptivo.

Espacio de confianza para los adolescentes donde se abren relatos acerca de las crisis normativas y no normativas de los adolescentes y vulneración grave de derechos.

Niños y niñas reciben apoyo y acompañamiento en procesos por vulneración grave de derechos

Disminución del Embarazo Adolescente

Aumento de adolescentes que ingresan al Programa de Regulación de Fecundidad.



Foto 1.



Foto 2.

Trabajo Nº 17

Teatro-conversación comunitaria “Nosotros nos hacemos cargo”

Autor: Carlos Haquin F.¹

1 Psiquiatra infanto-juvenil. Agrupación de Niños Autistas, AGANAT – Hospital Las Higueras, Talcahuano

.....

1. Desarrollo del texto

1.1 Objetivo de la experiencia

Objetivo general:

Capacitar a padres de niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA) en técnicas de intervención complementarias que favorezcan el desarrollo de niños y contribuyan a la autonomía de la agrupación en la rehabilitación de éstos.

Objetivos específicos:

- Empoderar a padres mediante conocimientos para manejo e intervención en crisis y para mejorar el desempeño social.
- Recuperar la alegría y armonía familiar
- Mejorar la autoestima de usuarios, promover creatividad, humor e improvisación.
- Validar el arte como vía de interacción, comunicación y expresión.
- Potenciar la identificación y pertenencia mediante registro fotográfico de actividades lúdicas.
- Promoción de trabajo en red.
- Sensibilización de la comunidad ante el tema del autismo.

1.2 Fundamentos y/o referencias teóricas

La experiencia (obra de teatro) surgió a partir de un proyecto destinado a instalar recursos terapéuticos a partir de técnicas complementarias en padres y familiares de niños y jóvenes con TEA. El objetivo era complementar el abordaje clásico de atención de consultas psiquiátricas, psicológicas, y tratamiento farmacológico, con trabajo con las familias que no tenían centros de rehabilitación

donde acudir, que carecían de recursos terapéuticos y que tenían limitado acceso a instancias de terapia y ayuda.

La experiencia internacional revela que los niños autistas necesitan múltiples intervenciones complementarias para estimular el desarrollo de capacidades, habilidades, e intereses, y así desenvolverse mejor en su entorno familiar y social.

1.3 Metodologías utilizadas

Mediante técnicas de intervención complementarias de clown, risoterapia, teatro, expresión corporal, técnicas circenses y música, surgió la obra de teatro- conversación autobiográfica “Nosotros nos hacemos cargo”. La obra, creada por las madres y padres de AGANAT, y actuada por niños (independiente del grado de discapacidad) y sus familiares, refleja las etapas y dificultades que las familias deben afrontar al tener un niño con autismo.

La obra de teatro-conversación fue reforzada por registros visuales para potenciar identificación y pertenencia en los niños. Su formato de Teatro Conversación permite al final de la obra continuar la discusión del tema, donde protagonistas y asistentes pueden interactuar, aclarar conceptos, compartir experiencias y crear redes de apoyo.

1.4 Resultados

- Trabajo en equipo entre Hospital Las Higueras y AGANAT, cambiando la forma de abordaje y mejorando la disposición hacia los usuarios.
- Presentaciones de obra de teatro a nivel provincial, regional y nacional en universidades, colegios, agrupaciones, y en otras instancias como Jornadas de Teatro-Conversación Discapacidad Psíquica Infantil y IV Encuentro Artístico recreativo de la Discapacidad en Calama.
- Participación mediante registros visuales en el Tercer Congreso Mundial de Autismo, México 2010. Presentación en Primera Conferencia Latinoamericana del Espectro Autista, Santiago 2013.
- Dar a conocer etapas de duelo que enfrentan las familias, características del síndrome, adversidades y capacidades de los hijos.
- Sensibilización de asistentes a la obra, que aunque es de “payasos” logra conectar, movilizar emociones, conmover y generar empatía en el espectador, entregando un mensaje esperanzador.
- Sensibilización de la empresa privada, que ha financiado viajes y estadías del grupo de teatro a nivel local y nacional.
- Cambio de paradigma: de diagnóstico “retardo mental” a “adulto joven con TEA”. Transformación de “diagnósticos” en “seres de carne y hueso”, humanizando percepción y abordaje.
- Conclusión tras presentaciones ante expertos: el rol de la familia es el motor del proceso de mejoría de niños y jóvenes con TEA.

1.5 Impacto

1.5.1 En los usuarios:

- Descubrimiento y desarrollo de habilidades sociocognitivas, autoestima, improvisación, imaginación, lenguaje corporal-expresivo, actuación y sociabilidad.
- Mejoramiento de equilibrio, contacto físico, control de emociones, obsesiones, hiperactividad, estereotipias.
- Identificación con pares y fortalecimiento del vínculo familiar.
- Trabajo en equipo y conformación de verdadera familia donde los padres encuentran comprensión, orientación, contención y apoyo para asumir y abordar mejor el síndrome.
- Avances en funcionamiento tanto en niños como en familias, revelados tras aplicación de Instrumentos de evaluación.
- Permanencia del trabajo grupal con adultos jóvenes con TEA, brindado por Hospital Las Higueras.
- Valoración de artículos personalizados entregados a familias.

1.5.2 En la comunidad y en el equipo de salud:

Reconocimiento de la experiencia por parte de la comunidad hospitalaria del Hospital Las Higueras, como un espacio terapéutico y como una permanente oportunidad para visibilizar el tema y sensibilizar.

Reconocimiento por parte de todas las instancias donde se ha presentado la obra de teatro, como un espacio que acerca desde lo emocional al tema autismo, generando empatía y confirmando que con esfuerzo, amor y el uso de técnicas apropiadas es posible mejorar la calidad de vida de los niños con TEA y la de sus familias.

1.5.3 Impacto en difusión:

La obra ha sido presentada en distintos contextos: académico (universidades), científico: Jornadas de Trastorno Generalizado del Desarrollo, Hospital Las Higueras de Talcahuano, 2012; Primera Conferencia Latinoamericana de Autismo, Santiago, 2013; Jornadas de Discapacidad, Coelemu, Región del Biobío, 2013; Jornadas de Terapia Ocupacional Universidad Santo Tomás, 2014. Y a través de material audiovisual en el 3er Congreso Mundial de Autismo, México 2010, entre otros. También se ha presentado en contexto educativos (colegios, capacitación de profesores), salud: Jornada de Teatro-Conversación Discapacidad Psíquica Infantil Teatro Casino Marina del Sol, 2010; en el contexto artístico: IV Encuentro Artístico Recreativo de la Discapacidad, Teatro Municipal de Calama, 2009; ante grupos de padres y familias.

En todos estos ámbitos se genera una transferencia de emociones, un espacio para la adecuada comprensión del tema, y se valida la labor de padres y familias de niños con diagnóstico TEA.

1.6 Desafíos

- Mantener la Agrupación AGANAT vinculada al Hospital Las Higueras, seguir adjudicándose proyectos y fondos que permitan el acceso a talleres gratuitos para los usuarios.
- Seguir postulando otros proyectos de terapias complementarias, como los de arte y musicoterapia ya implementados.
- Continuar presentando la obra en distintos ámbitos con el fin de difundir, sensibilizar y contribuir a la inclusión.
- Generar interés en otras agrupaciones de usuarios en replicar la experiencia, gracias a su formato, contenido y objetivos.
- El desafío de las familias pertenecientes al grupo de teatro de la agrupación AGANAT es seguir utilizando el teatro en la lucha contra la discriminación, y ser considerados dentro de las políticas públicas.

Referencias bibliográficas

No existe bibliografía para esta experiencia innovadora en el país, sólo el trabajo empírico de cada presentación de la obra de teatro creada y actuada por los propios niños y sus familias.



Foto 1. Primera presentación de la obra de teatro “Nosotros nos hacemos cargo”. Talcahuano, 2008.



Foto 2. Presentación de la obra en la Primera Conferencia Latinoamericana de Autismo, Santiago, Chile, 2013.

Trabajo N° 18

Pacientes psiquiátricos en abandono familiar o institucional en situación de calle. Hacia una Intervención Socio-Jurídica

Autor: Francisco Lagos D.¹

1 Coordinador de Redes Institucionales, Fundación Gente de la Calle; Colaborador de Defensoría Penal Pública Metropolitana como Curador ad Litem de imputados enajenados mentales.

Resumen

Chile se ha dotado de un extenso catálogo normativo que resguarda la discapacidad en general y a la discapacidad mental en particular¹. El régimen jurídico de protección que se configura en base a estas distintas normas permite, respecto de los pacientes psiquiátricos en situación de calle, la exigibilidad de los derechos que en razón a su condición de especial vulnerabilidad les caben, ante acciones u omisiones arbitrarias o ilegales que los priven, perturben o amenacen.

El abandono familiar o institucional del que da cuenta su permanencia en situación de calle configura una vulneración de dichos derechos y hace necesaria la intervención de un órgano jurisdiccional competente para su restablecimiento. Ello requiere que los equipos psicosociales que intervienen con esta población cuenten con información pertinente y con los profesionales competentes para impetrar las acciones y recursos que otorga la ley para asegurar el cuidado debido y la protección necesaria de estas personas.

Palabras clave: *Pacientes psiquiátricos, abandono, personas en situación de calle, régimen jurídico, discapacidad.*

Una necesaria caracterización

El 2° Catastro Nacional de Personas en Situación de Calle realizado por el Ministerio de Desarrollo Social revela que de las 12.255 personas catastradas, un 16,6% reportó una dificultad psiquiátrica o intelectual. En este segmento, un 6.5% reportó haber sido diagnosticado como esquizofrénico y un 7.1% señala padecer epilepsia. El problema de salud de mayor prevalencia es el consumo de alcohol (41.5%) y consumo de drogas (19.9%)².

1. Por la extensión de este trabajo no es posible desarrollar en profundidad el régimen de normas jurídicas que son susceptibles de aplicarse en el ámbito de la discapacidad. Por ello, solo enunciaremos algunas normas. Sin embargo, cabe señalar que el equipo socio-jurídico de la Fundación Gente de la Calle está realizando una investigación al respecto, la que será presentada en 2015.

Estos datos, sumados a otras discapacidades físicas y mentales, permanentes o transitorias, dan cuenta de las complejidades para el abordaje de esta población a través de programas de intervención psicosocial que centran su caracterización a partir de un criterio de habitabilidad y no en base a una definición de vulnerabilidad.

En tal sentido, la definición de “persona en situación de calle” operacionalizada por el Ministerio de Desarrollo Social, las define como:

“Personas que pernoctan en lugares públicos o privados, sin contar con una infraestructura que pueda ser caracterizada como vivienda, aunque esta sea precaria. Esto excluye a las familias y personas que viven en campamentos.

Personas que por carecer de un alojamiento fijo, regular y adecuado para pasar la noche, encuentran residencia nocturna –pagando o no por este servicio– en lugares dirigidos por entidades públicas, privadas o particulares, que brindan albergue temporal. Pertenecen a este grupo quienes alojan en residencias y hospederías, solidarias o comerciales”³.

Esta definición no da cuenta de las distintas tipologías (adultos mayores, migrantes, infractores de ley, discapacitados, niños, niñas y adolescentes, mujeres; entre otras) que es posible reconocer en las personas en situación de calle⁴.

Para ello, la Fundación Gente de la Calle viene elaborando una definición (negativa) de personas en situación de calle en base a un criterio de vulneración de derechos, en virtud del cual sólo podrán ser consideradas en tal condición:

“Los mayores de 18 años y menores de 60 que no tengan una discapacidad física o mental, permanente o transitoria y que no cuenten con alojamiento regular y adecuado que posibilite su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.

En consecuencia, no puede haber niños, niñas ni adolescentes, personas con discapacidad ni adultos mayores en situación de calle, toda vez que estos se encuentran protegidos por el ordenamiento jurídico chileno, protección que emana de los Tratados Internacionales de Derechos Humanos, la Constitución Política de la República y de otras leyes especiales.

Situación particular de los pacientes psiquiátricos

Un grupo de especial complejidad en situación de calle son las personas con enfermedad o trastorno mental, particularmente aquellas que se encuentren bajo supervisión o tratamiento médico especializado, aunque este se encuentre interrumpido⁵.

-
2. Ministerio de Desarrollo Social. 2° Catastro Nacional PSC. 2011. Pág. 101. http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/plancalle/docs/En_Chile_Todos_Contamos.pdf
 3. Ministerio de Desarrollo Social. 2° Catastro Nacional PSC. 2011. Pág. 20
 4. LETICIA FUENTES. Diferenciando la complejidad: Tipologías de personas en situación de calle e intervención social de calidad. ISSN 0716-9736 / Revista Trabajo Social / No 75 / Noviembre / 2008 / P. 67-82. http://www6.uc.cl/trabajosocial/site/artic/20090919/asocfile/20090919015013/rev_trabajo_social_75.pdf

Entre las distintas dificultades que cabe señalar se cuentan: el consentimiento para iniciar, interrumpir o abandonar un tratamiento, la administración farmacológica, el ingreso no voluntario en instituciones públicas de salud o en dispositivos de acogida y el resguardo de intereses patrimoniales; como los más relevantes, fundamentalmente por no contar los equipos psicosociales con el recurso humano suficiente e idóneo, pero, de manera más fundamental, porque estos no tienen, en principio, respecto de estas personas, los cuidados personales que les permitan actuar diligentemente en representación de estos o subrogando su consentimiento cuando ello sea necesario.

Abandono familiar o institucional

La ausencia de terceros responsables de los pacientes psiquiátricos que se encuentran en situación de calle es lo que, desde la Fundación Gente de la Calle, caracterizamos como abandono⁶, el que se expresa en el **incumplimiento del deber de cuidado y de la obligación de garante** que se tiene respecto de ciertas personas que, en razón de su edad, por encontrarse enfermos o imposibilitados, requieren de los cuidados de terceros.

Cabe preguntarse entonces cómo se expresa este abandono y cuál es el contenido (mínimo) de los cuidados debidos. El Código Civil, que establece las reglas generales sobre matrimonio y filiación, establece las obligaciones entre cónyuges y de estos con los hijos, no obstante la que cabe a otros ascendientes y descendientes⁷ y el tratamiento particular de estas en otras leyes, como la Ley N° 19.947 de Matrimonio Civil.

-
5. La definición de “enfermedad o trastorno mental” así como la de “paciente psiquiátrico” han sido tomadas del artículo Art. 6 del Decreto 570 MINSAL/2000:
 1º.- Pacientes psiquiátricos: Las personas que sufren de una enfermedad o trastorno mental y que se encuentren bajo supervisión o tratamiento médico especializado.
 2º.- Enfermedad o trastorno mental: Es una condición mórbida que sobreviene en una determinada persona, afectando en intensidades variables, el funcionamiento de la mente, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitoria o permanente.
<http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=173059>
 6. El abandono es una figura penal, no obstante exigir esta para su punibilidad la concreción de un resultado lesivo. Esta tratado entre los art. 346 al 352 inclusive.
Art. 352. Código Penal: El que abandonare a su cónyuge o a un ascendiente o descendiente, legítimo o ilegítimo, enfermo o imposibilitado, si el abandonado sufriere lesiones graves o muriere a consecuencia del abandono, será castigado con presidio mayor en su grado mínimo.<http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1984>
 7. Tratados bajo en Libro I, Título IX. De los derechos y obligaciones entre los padres y los hijos. De especial interés los artículos 102, 131, 222 y 223.
 Art. 223. Aunque la emancipación confiera al hijo el derecho de obrar independientemente, **queda siempre obligado a cuidar de los padres en su ancianidad, en el estado de demencia, y en todas las circunstancias de la vida en que necesitare sus auxilios.**
 Tienen derecho al mismo socorro todos los demás ascendientes, en caso de inexistencia o de insuficiencia de los inmediatos descendientes.
 8. **Artículo 5º.- Violencia intrafamiliar.** Será constitutivo de violencia intrafamiliar todo maltrato que afecte la vida o la integridad física o psíquica **de quien tenga o haya tenido la calidad de cónyuge del ofensor o una relación de convivencia con él;** o sea pariente por consanguinidad o por afinidad en toda la línea recta o en la colateral hasta el tercer grado inclusive, del ofensor o de su cónyuge o de su actual conviviente.
 También habrá violencia intrafamiliar cuando la conducta referida en el inciso precedente ocurra entre los padres de un hijo común, o recaiga sobre persona menor de edad, **adulto mayor** o discapacitada que se encuentre bajo el cuidado o dependencia de cualquiera de los integrantes del grupo familiar.

Por su lado, la Ley 20.066 de 2005 sobre Violencia Intrafamiliar, establece en su artículo 5^o la conducta típica considerada como violencia y los sujetos activos y pasivos de ésta.

De estas normas es posible extraer como consecuencia la obligación que se tiene respecto de ciertas personas, las cuales son objeto de una tutela particular por parte del legislador en razón de su edad, género o condición, que los hace más vulnerables respecto de ciertas conductas negligentes o ilícitas.

Hacia una intervención socio-jurídica

Uno de los fines del Derecho es la resolución de conflictos relevantes jurídicamente, a fin de mantener o restablecer la paz social⁹.

El núcleo del conflicto, en el caso que nos ocupa, es la desprotección tutelar y consecuentemente el reconocimiento de los mecanismos de responsabilización respecto de pacientes psiquiátricos (no obstante ser extensivo en otros ámbitos de intervención psicosocial). Entonces, las intervenciones socio-jurídicas que desde la Fundación Gente de la Calle han sido abordadas consisten en el reconocimiento de las normas de resguardo, responsabilidad y exigibilidad (mediante acciones o recursos jurisdiccionales) que permiten la resolución de un conflicto en el ámbito de una intervención y que por su naturaleza requieren del pronunciamiento de un órgano competente.

Así por ejemplo, en las internaciones no voluntarias. Este procedimiento, regulado en el Código Sanitario¹⁰ y en el decreto 570/2000 del Ministerio de Salud, otorga una acción, requerida ante la autoridad administrativa o judicial, para solicitar la internación de una persona cuando esta se encuentre en una situación de riesgo, inminente, para sí o para terceros.

En igual sentido, los procedimientos de interdicción provisional y definitiva, regulados en la Ley 18.600, permiten establecer el cuidado personal respecto de una persona en situación de desprotección¹¹.

A modo de conclusión

La experiencia de los equipos de intervención psicosocial (en calle) desarrollada desde la Fundación Gente de la Calle, da cuenta de que, en el curso de esta, aparecen conflictos de relevancia jurídica que competen no sólo al sujeto intervenido sino también a su familia (por más que esta se encuentre ausente o desvinculada) y a la comunidad. Estos conflictos se expresan en el ámbito de la familia (abandono, divorcio, alimentos y cuidados personales), en el ámbito patrimonial (derecho sucesorio), en materias penales, laborales, etc.

9. Agustín Squella Narducci. ¿Qué es el Derecho?. Editorial Jurídica de Chile. 2007

10. Art. 130 y ss.: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=5595>

11. Juan Pablo Díaz Fuenzalida. Protección jurídica en la ancianidad. Aplicación de la Ley 18.600 sobre procedimiento de interdicción por causa de demencia y sus actuales modificaciones. En "Envejecimiento activo de la población Chilena". Villagrán y Morrison, Editores. Universidad Autónoma de Chile. Ril Editores. 2014. Pág.129 y ss.

Para un abordaje efectivo e integral de estas dimensiones de la problemática biopsicosocial del sujeto, es necesario desarrollar acciones tendientes a la resolución de estos conflictos, para lo cual es necesario reconocer en el ordenamiento jurídico las normas sustanciales y procesales que permiten recurrir al órgano jurisdiccional competente para que este entregue una respuesta jurídica resolutive, a fin de poner término al conflicto o precaver uno eventual.

Esta intervención requiere de la implementación de equipos especializados o de la coordinación con nodos específicos (Corporaciones de Asistencia Judicial, Clínicas Jurídicas Universitarias) a fin de contar con asesorías legales oportunas y directas.

Por lo pronto, mientras no podamos accionar estos recursos, los pacientes psiquiátricos que se encuentran en calle, a causa del abandono familiar o institucional, continuarán habitando la comunidad, permaneciendo, pero sin pertenecerle en plenitud, sino en silencio.

Trabajo Nº 19

Programa de intervención psicosocial con familias que viven vínculos basados en la violencia sostenida

Autoras: Carmen Greve S.¹, Paula Mujica P.², Paula Quiroz B.¹, Carolina Castruccio A.¹, Paz Mosso C.¹

1 Psicólogo; Corporación para el Desarrollo de la Salud Mental (CODESAM) de Pudahuel, Región Metropolitana

2 Terapeuta ocupacional; Corporación para el Desarrollo de la Salud Mental (CODESAM) de Pudahuel, Región Metropolitana

Descripción general y objetivo de la experiencia

El “Programa de Intervención Psicosocial con familias que viven vínculos basados en la violencia sostenida” fue un proyecto piloto desarrollado por CODESAM (Corporación para el Desarrollo de la Salud Mental) a partir del convenio establecido con la Fundación San Carlos del Maipo. Se desarrolló entre los años 2012 y 2014, y a la fecha está detenido luego del término del período de convenio establecido con dicha Fundación.

El Programa se constituyó como una oferta complementaria de atención especializada para 43 familias con niños/niñas y adolescentes (NNA) entre 0 y 18 años que vivían vínculos de violencia sostenida y fueron derivados de la atención regular del COSAM. El criterio de derivación al Programa fue que los niños/niñas y/o adolescentes fueran víctimas de maltrato físico y/o psicológico, y que presentaran 3 o más factores de riesgo asociados, que aumentaran el nivel de vulnerabilidad que presentan, tales como negligencia parental, deserción escolar, consumo de drogas y/o alcohol en los niños y/o cuidadores, problemas de salud mental en los niños y/o en los cuidadores y/o déficit en habilidades parentales.

El **objetivo general** del programa fue poner a disposición de las familias una intervención clínica y comunitaria que les permitiera modificar las pautas de interacción abusivas, reparar los daños vinculares generados por estas pautas, fortalecer los lazos intrafamiliares y potenciar la vinculación de las familias con redes de apoyo.

La ejecución del Programa estuvo a cargo de un equipo de profesionales del COSAM de Pudahuel, interdisciplinario en su conformación (psicólogos, trabajadores sociales y terapeuta ocupacional) y transdisciplinario en su organización (trabajo en duplas, co-construcción de saberes y metodologías, transferencia de metodologías y estrategias de intervención) lo que facilitó la instalación de un modelo integral en el abordaje de la violencia intrafamiliar.

El Programa tiene dos componentes: i) Tratamiento Psicosocial Integral y ii) Gestión Socio-

Comunitaria de Redes, que se desarrollaron paralelamente en cuatro etapas:

La **primera etapa** del programa referida a la Identificación y Diagnóstico Psicosocial Familiar, consistió en la caracterización de las familias beneficiarias mediante la metodología de línea base. En el proceso de implementación del Diagnóstico Psicosocial Familiar, con la asistencia técnica de la Fundación San Carlos del Maipo, se hizo uso de la Escala de Evaluación Familiar de Carolina del Norte (NCFAS-G) que permitió dar cuenta de manera más amplia de dimensiones de la estructura y funcionamiento familiar, que luego se abordaron en la intervención. Su aplicación al inicio del Programa, al año de tratamiento de cada familia beneficiaria y en la finalización de su tratamiento, permitió realizar un seguimiento y evaluación de la intervención.

La **segunda etapa** correspondió a la Elaboración y Devolución del Plan de Intervención para cada familia beneficiaria. Este se construyó a partir de los resultados del Diagnóstico Psicosocial Familiar (dimensiones NCFAS-G), del objetivo y resultados esperados del Programa y de la priorización que las mismas familias señalaban acerca de sus necesidades de apoyo específico.

La **tercera etapa** se estructuró en base a la Implementación del Proceso de Intervención a través de acciones y actividades agrupadas en los dos componentes del programa. El componente 1, relacionado con el Tratamiento Psicosocial Integral (activación de medidas de protección, terapia reparatoria individual para NNA, terapia familiar, talleres de habilidades parentales e intervención psicosocial familiar en contexto domiciliario), y el componente 2 vinculado a la Gestión Socio-Comunitaria de Redes de Apoyo a las familias, lo que involucró entre otros elementos, intervenciones en el ámbito escolar.

La **cuarta etapa** estuvo dirigida a la Evaluación y Cierre del Proceso de intervención con las familias en el mes 24 de la intervención. Este proceso incorporó la visión de las familias beneficiarias respecto a los resultados del tratamiento (cumplimiento de objetivos).

Referencias teóricas y fundamentos

El marco conceptual del programa se fundamentó en el modelo ecológico-sistémico del maltrato infantil y la violencia intrafamiliar, en el enfoque de Derechos de la Infancia, en el modelo de Gestión de Redes y el enfoque de Género.

Desde una perspectiva sistémica – ecológica, la existencia de la violencia intrafamiliar se comprende como consecuencia de la interacción de múltiples factores y sistemas, donde se incorporan elementos que van desde lo individual hasta lo sociocultural, pasando por el nivel familiar y el de redes sociales cercanas (Gil, 1997). El fenómeno de la violencia intrafamiliar emerge entonces, en la relación entre sus distintos miembros, considerando los eventos no como relaciones lineales, sino que en el contexto en el cual ocurren (Nichols & Everett, 1986). Así, desde un modelo ecológico-sistémico, la explicación teórica del maltrato infantil intrafamiliar se centra en la disfunción en el sistema padres, niños, ambiente y cultura, sugiriendo que estos sistemas se modifican entre sí (Aracena et al., 2000; De Paul, 1988 en Larraín et al., 1997; Fernández, 2002; Gilbert, Spatz Widom, Browne, Ferguson, Webb, Janson, 2009; Kaplan, 1996; Larraín et al., 1997; Simón et al., 2000; Tonón, 2001; citados en Greve, 2014).

Justificación del problema

Las políticas públicas en salud en Chile declaran a través de sus normativas técnicas, planes y programas una mirada biopsicosocial de la salud y salud mental. Sin embargo, las líneas de acción implementadas no reflejan esta concepción, orientándose mayoritariamente hacia las carencias particulares de los individuos en vez de la integralidad que requieren. En este contexto, las familias denominadas como “multi problemáticas”, al transitar sus miembros individualmente durante largos períodos por distintas redes, reciben intervenciones fragmentadas, donde se desarrollan acciones diferentes para distintos problemas y actores, lo que se traduce en la reproducción de un sistema incapaz de una lectura compleja de las condiciones situadas de la vida de las personas y sus familias.

Metodologías utilizadas

Para la evaluación del programa, el principal instrumento utilizado fue el NCFAS-G (Escala de Evaluación Familiar de Carolina del Norte) que evalúa el funcionamiento familiar en distintas dimensiones. Más que un instrumento consiste en una escala que sistematiza el juicio o apreciación que tiene un equipo sobre una familia en el funcionamiento en diversas áreas. El funcionamiento se califica en una de seis categorías: Problema Serio (-3), Problema Moderado (-2), Problema Leve (-1), Adecuado/Línea Base (0), Leve Fortaleza (1) y Clara Fortaleza (2). El puntaje 0 indica que no se justifica una intervención pública. Está constituida por 8 dimensiones que son: entorno, competencias parentales, interacciones familiares, seguridad familiar, bienestar del niño/a; vida social comunitaria, autonomía y salud familiar.

Resultados e Impacto

Los principales elementos innovadores de este programa fueron:

- El cambio de foco del tratamiento contra la violencia intrafamiliar, desde un enfoque individual a un enfoque sistémico familiar, que orientó las intervenciones a los vínculos o relaciones establecidas entre todos los miembros de la familia y de ellos con su comunidad socio-comunitaria, y no a cada individuo parcializado como se realizan actualmente en los COSAM y otros dispositivos de la red de salud.
- La participación de las familias en una “co- construcción” de los motivos de consulta y los planes de tratamiento desde un enfoque motivacional.
- La comprensión ecológica de la violencia intrafamiliar incorporando gestión de redes socio-comunitarias nuevas y existentes.
- Las intervenciones domiciliarias que permitieron a los terapeutas una mejor comprensión de la vida y mundos de sentido de las familias

Mediante la aplicación del NCFAS-G, se observaron resultados altamente exitosos en términos de detención o disminución de la violencia intrafamiliar:

Objetivo	Línea Base	Resultados finales
Detener o disminuir significativamente la violencia (física, sexual y/o psicológica) hacia los niños, niñas y adolescentes (NNA)	0% de las familias no presenta violencia hacia los NNA	84% de las familias no presenta o disminuye significativamente la violencia hacia los NNA
Detener o disminuir significativamente la violencia entre los padres	En el 43% de las familias la violencia entre los padres no es un problema o es un problema leve	En el 92% de las familias la violencia entre los padres no es un problema o es un problema leve

Además se pudieron observar resultados positivos en otras variables relacionadas con los objetivos del Programa:

Objetivos	Línea Base	Resultados finales
Fomentar interacciones para el desarrollo integral de los NNA	En el 0% de las familias se presentan interacciones para el desarrollo integral de los NNA	En el 45% de las familias se presentan o mejoran significativamente las interacciones que permiten el desarrollo integral de los NNA
Mejorar las competencias parentales	En el 2% de las familias las competencias parentales no se constituyen como un problema	En el 43% de las familias las competencias parentales no se constituyen como un problema o mejoran significativamente
Mejorar el ámbito de vida social- comunitaria de las familias	En el 34% de las familias el ámbito vida social - comunitaria no se constituye como un problema	En el 43% de las familias el ámbito de la vida social comunitaria no se constituye como un problema o mejora significativamente

Desafíos

Existe una carencia de políticas públicas y programas desde el sector salud con una perspectiva más ecológica-sistémica en violencia intrafamiliar, que trabaje con la familia en su conjunto. A partir de la exitosa experiencia con el presente programa es que el equipo de salud mental del CODESAM Pudahuel decide embarcarse en un segundo proyecto de elaboración de un Modelo de Intervención Integral en Violencia Intrafamiliar, para desarrollarse durante los años 2014- 2015, financiado nuevamente por la Fundación San Carlos de Maipo. Este nuevo proyecto tiene como objetivo diseñar y proponer un modelo de intervención integral y replicable por los equipos de salud mental para la atención de familias que viven situaciones de violencia sostenida. Para cumplir este objetivo se está trabajando en un levantamiento de evidencia e información a nivel nacional e internacional, tanto institucional como territorial, de intervenciones en el ámbito de la violencia intrafamiliar desde salud que fundamenten el modelo a proponer. Además se trabajará en conjunto con los profesionales de otros establecimientos de salud mental y sectores diferentes a salud, para que el modelo integre tanto la experiencia del Programa de Intervención Psicosocial con Familias que Viven Vínculos Basados en la Violencia Sostenida, como las buenas prácticas identificadas a nivel local y la evidencia internacional.

Referencias bibliográficas

- Barudy, J. (1998). El dolor invisible de la infancia: Una lectura eco-sistémica del maltrato infantil. España: Editorial Paidós.
- Barudy, J. (2001). Maltrato Infantil. Ecología Social: Prevención y reparación. Santiago: Editorial Galdoc.
- Barudy, J. & Dantangnan, M. (2005). Los buenos tratos a la infancia. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Barudy, J. & Dantangnan, M. (2010). Los desafíos invisibles de ser madre o padre. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Crittenden, P.M, (1985). Maltreated infants: Vulnerability and resilience. *Journal of Child Psychiatry and Psychology*, 26.
- Crittenden, P.M. (1990). Internal representational models of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal*, 11.
- Crittenden, P.M. (1998). Dangerous behavior and dangerous contexts: A thirty-five year perspective on research on the developmental effects of child physical abuse. In P. Trickett (Ed.) *Violence to children*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Chile Crece Contigo (2010) Memoria de la Instalación del Sistema de Protección Integral a la Infancia 2006-2010.
- Gil, E. (1997). Tratamiento sistémico de la familia que abusa. Buenos Aires: Ediciones Granica S.A.
- Nichols, W. & Everett, C. (1986). *Systemic family therapy: an integrative approach*. Nueva York: Guilford Press.
- Greve, Carmen Gloria (2014). Patrones de interacción en familias que maltratan físicamente a los niños y niñas en el contexto de la crianza parental. Tesis de Doctorado no publicada, Universidad de Chile. Chile
- Ministerio del Interior y Seguridad Pública (2013) Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales. Adimark.
- Olaya, B.; Tarragona, M.J.; de la Osa, N.; Ezpeleta, L. (2008) Protocolo De Evaluación De Niños Y Adolescentes Víctimas De La Violencia Doméstica. En *Papeles del Psicólogo*. Vol. 29 <http://www.cop.es/papeles>
- UNICEF (2006) Maltrato Infantil y Relaciones Familiares en Chile Análisis Comparativo 1994 - 2000 – 2006.

Trabajo Nº 20

Estrategia educativa basada en la construcción de resiliencia y aprendizaje colaborativo para el desarrollo de conductas anticonceptivas en mujeres vulnerables

Autores: Patricia Cossío T.¹, Aldanely Padrón S.², Aida Ortega V.³, Luis Meave G.²

1 Enfermera; Cuerpo Académico de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México

2 Médico; Cuerpo Académico de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México

3 Psicóloga; Cuerpo Académico de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México

Objetivo General

Desarrollar en mujeres vulnerables conductas anticonceptivas a través de la implementación de una estrategia educativa basada en la construcción de resiliencia y aprendizaje colaborativo.

Objetivos Específicos

- a) Crear un diagnóstico basal de los grupos de mujeres participantes, en términos de conocimientos, actitudes y conductas reproductivas (necesidades de aprendizaje); así como aprendizaje colaborativo y conductas resilientes.
- b) Diseñar, ejecutar y evaluar la estrategia educativa.
- c) Evaluar la efectividad de la intervención educativa seis meses después de su implementación.
- d) Evaluar las diferencias y similitudes entre los grupos.
- e) Diseñar un manual.

Fundamentos y referencias teóricas

Para posibilitar conductas saludables placenteras y responsables en materia de salud reproductiva, es necesario desarrollar un proceso educativo en el que la información aportada (conocimiento) se contextualice en un ámbito de reflexión acerca de los distintos elementos que intervienen en la conformación de las actitudes y conductas anticonceptivas. Se han demostrado aspectos educativos valiosos, como los recursos que apuntan a reforzar la autoestima, con significación en la salud y el autocuidado. Otro componente a contemplar es el que conduce al desarrollo de destrezas y

habilidades en materia de comunicación, en lo vinculado a la toma de decisiones y la elaboración del proyecto de vida, es decir, los programas deben de incluir estrategias didácticas que enfatizen las motivaciones y determinantes de las conductas no anticonceptivas para favorecer el cambio de comportamiento que se busca.

Específicamente en los programas de salud sexual y reproductiva, existen diversos marcos conceptuales. Uno de ellos es el modelo de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP), este marco conceptual considera teóricamente que las estrategias diseñadas para aumentar los conocimientos afectarán las actitudes, que luego conducirán a cambios positivos en el comportamiento de individuos. Otro modelo basado en el cambio de comportamiento es el Modelo de Creencias en Salud y la Teoría de Acción Razonada, este modelo incorpora la idea de que las intervenciones tienen que lograr más que el simple hecho de aumentar el conocimiento para cambiar las actitudes y el comportamiento, tienen que enfatizar el desarrollo de prácticas y aptitudes.

Por lo tanto, la estrategia educativa propuesta en el presente proyecto, tomará elementos no sólo de los dos modelos conceptuales descritos en el párrafo anterior, también agregará conceptos teóricos como la **resiliencia** y el **aprendizaje colaborativo**; pilares que consideramos darán mayor solidez a la estrategia educativa y aumentarán la probabilidad de que existan realmente cambios en el comportamiento, ya que incluirá aspectos cognitivos y no cognitivos (Ver figura 1). Además de tomar en cuenta la vulnerabilidad de estos grupos de mujeres como una oportunidad para la construcción de conductas anticonceptivas.

Cabe destacar que esta propuesta de intervención educativa teórico-metodológica, con estos elementos en específico, no tiene antecedentes en la literatura. Existen evidencias de intervenciones donde sólo se trabajan estos elementos de manera aislada, por lo tanto, las ventajas de cada uno de estos, se espera se sinergicen para obtener las metas planteadas.



Figura 1. Modelo conceptual de la estrategia educativa propuesta

Metodologías utilizadas

La estrategia educativa propuesta bajo el marco teórico descrito en la sección anterior, se probará en mujeres vulnerables del estado de San Luis Potosí, México. Para ello, se conformarán tres grupos a

intervenir: i) adolescentes mujeres que asistan a control prenatal en un hospital público; ii) mujeres indígenas en edad reproductiva de la huasteca potosina; iii) mujeres víctimas de violencia.

A partir de la vulnerabilidad de estos grupos de mujeres se pretende la construcción de conductas resilientes tanto individuales como grupales, que permita el desarrollo de conductas anticonceptivas, tomando como herramienta el aprendizaje colaborativo al interior de estos grupos de mujeres. La construcción de la resiliencia permite que a partir de la adversidad exista un crecimiento y fortalecimiento positivo en la persona.

La duración del proyecto requiere de 36 meses, los cuales se dividen en 3 fases. En la **primera fase** se hará una determinación de las necesidades de aprendizaje, basado en lo anterior, se diseñarán las estrategias a seguir según las especificaciones encontradas. En la **segunda fase**, se ejecutará la estrategia didáctica. En la **tercera fase** se evaluará la estrategia educativa, en términos de conocimientos, actitudes y conductas reproductivas, así como el desarrollo del aprendizaje colaborativo y conductas resilientes. Lo anterior será comprobado con el diagnóstico inicial para evaluar diferencias del antes y después. Al final se elaborará un manual de la estrategia educativa, que permita la capacitación futura de personal de salud que atienda a este tipo de población para asegurar su reproducibilidad.

Resultados preliminares:

Actualmente se está operando la fase 1 del proyecto, la fase 2 y 3 se desarrollarán en los años 2015 y 2016 respectivamente. Se cuenta con el diagnóstico de necesidades de aprendizaje del grupo de mujeres indígenas (ver figura 2) y el grupo de mujeres víctimas de violencia. Así mismo se tiene el diseño de las 9 sesiones con base en el diagnóstico de cada grupo de intervención (ver figura 3).

Al momento se tiene una demanda mayor a lo esperado con las mujeres indígenas; se pretendía conformar un grupo de 30 mujeres, sin embargo, se está trabajando con 100 mujeres actualmente. Caso contrario con las mujeres víctimas de violencia, con las cuales también se esperaba un grupo de 30 personas, y se está trabajando con 15 mujeres.

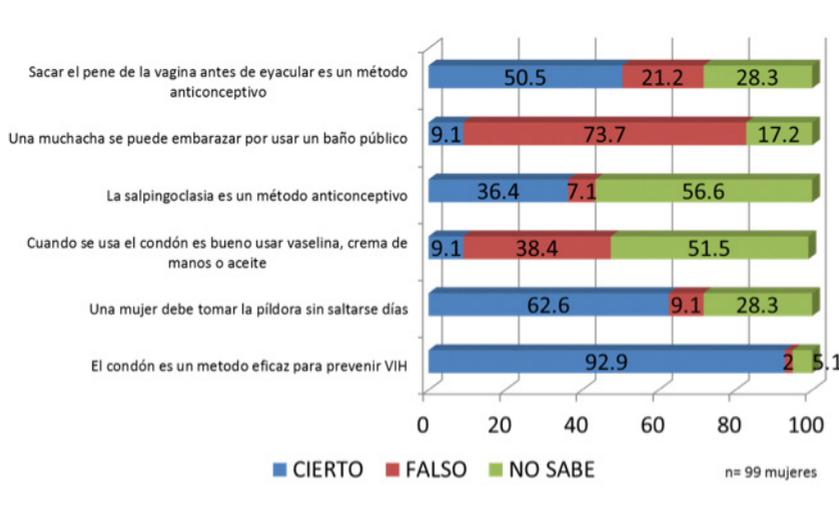


Figura 2. Conocimientos en salud reproductiva de población indígena



Figura 3. Estructura de las sesiones educativas

Impacto:

Al probar esta estrategia educativa podrá constituirse como una propuesta factible y reproducible de intervención en los centros de atención primaria de salud de comunidades rurales y en las instituciones sociales que atiendan adolescentes y/o mujeres marginadas. De tal forma que en un mediano y largo plazo se mejoren los indicadores en salud reproductiva a nivel local y estatal, especialmente con mujeres vulnerables donde el riesgo y los daños son mayores en términos de mortalidad y morbilidad materna y perinatal.

Será reproducible porque se generará un manual donde pueda capacitarse a personal de salud de diferentes disciplinas como enfermería, psicología y medicina. El objetivo de este trabajo es redireccionar las estrategias actuales en educación para la salud que se llevan en los servicios, donde la atención es focalizada en la dimensión física solamente. Este modelo pretende integrar realmente las dimensiones física, psicológica y social de las mujeres, que les permita un mayor grado de bienestar a futuro.

Desafío:

Uno de los grandes desafíos que se venció fue la obtención de financiamiento para el presente proyecto por parte del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) en México.

Otro de los desafíos a los que se ha enfrentado, es la presencia de machismo en las parejas de las mujeres indígenas participantes, así como limitación de la escritura y dificultad para la escucha del idioma español, también en este grupo de mujeres. Aunado a lo anterior, existe una renuencia al uso de métodos anticonceptivos en algunas mujeres indígenas debido a creencias religiosas y culturales. Sin embargo, por otra parte, aquellas que sí están preocupadas por su salud reproductiva no tienen acceso a los métodos anticonceptivos en los servicios de salud del ámbito rural.

Trabajo Nº 21

Intervención en Tiempo Crítico, Delegación de funciones CTI-TS

Autores: María José Jorquera G.¹, Sara Schilling², Rubén Alvarado M.³, Eliecer Valencia O.⁴

1 Psicóloga y Supervisora; Redeamericas / Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago

2 B.A. Neurociencias, Coordinadora de Trabajo de Campo; Redeamericas / Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago

3 Psiquiatra e Investigador Principal; Redeamericas / Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago

4 Abogado y Co-fundador de CTI-TS; Redeamericas / Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago

Introducción

El Modelo de Intervención Comunitario, Intervención en Tiempo Crítico- Delegación de Funciones (CTI-TS) se enmarca en una investigación de una iniciativa más amplia, titulada “RedeAmericas” (RA), la cual es un esfuerzo de colaboración de investigadores de ciudades de América; Universidad de Columbia (Drs. Ezra Susser, Sandro Galea, Elie Valencia); Universidad de Chile (Dres. Graciela Rojas y Rubén Alvarado) y Universidad Federal de Rio de Janeiro (Dr. Maria Tavares-Cavalcantide). Tiene como objetivo generar un progreso sostenido hacia la atención sanitaria para las personas con trastornos mentales severos en las zonas urbanas de América Latina (Susser, 2012).

Problema que motivó el desarrollo de la experiencia

En Chile los episodios psicóticos son relativamente frecuentes en la población y pueden tener diferentes orígenes. La mayoría de ellos reflejan la presencia de un trastorno mental severo, con riesgo de afectar de manera importante su funcionalidad social y calidad de vida. Respecto al tratamiento, una serie de estudios de la Universidad de Chile documentan rigurosamente que, en nuestro país, las intervenciones psicosociales que ofrecen actualmente los centros de salud mental a sus usuarios con psicosis son mínimos (<25%). Esta diferencia fue evidente tanto para intervenciones a largo plazo como para usuarios nuevos en zonas rurales y urbanas. La brecha existente respecto a estas prestaciones psicosociales dentro de la red de servicios de salud mental en el sistema público de salud es alta pese a que han demostrado ser un complemento eficaz para el proceso de recuperación de los usuarios (Alvarado 2013).

Metodología

CTI-TS es una intervención psicosocial, personalizada, de tiempo limitado y ejecutada en tiempo crítico. Se entiende por tiempo crítico aquel periodo de transición, cuando una persona está conectando por primera vez con los servicios de salud mental o cuando está retomando conexión con el dispositivo de salud, tras tiempo fuera del mismo. Respecto a los objetivos claves de la intervención, éstos se refieren no sólo a potenciar las habilidades del usuario y promover la recuperación del usuario, familia y comunidad; sino que también, fortalecer las conexiones entre salud mental y centros de atención primaria de salud, con la finalidad de establecer soportes de apoyos duraderos en el tiempo entre la red formal e informal, para así, generar una continuidad de los cuidados de los usuarios desde el episodio psicótico hasta su máxima recuperación.

En relación a la ejecución, CTI-TS es implementada por una dupla de trabajo, compuesta por un trabajador comunitario en salud mental, encargado de proporcionar apoyo a las familias y la conexión de éstas con los centros de salud mental; y un trabajador par, que, al igual que el usuario, tiene un trastorno psiquiátrico severo, pero que se encuentra en un proceso de recuperación avanzado y utiliza su experiencia de vida como herramienta de motivación orientada a la recuperación de los usuarios.

CTI-TS cuenta con tres fases consecutivas dividida en tres meses cada una, las cuales tienen objetivos determinados, según la fase. En la primera, Iniciación, el usuario y la dupla formulan un plan de tratamiento que se concentra en determinadas zonas identificadas como cruciales para el fortalecimiento y recuperación de los individuos, haciendo enlaces en la comunidad. La segunda denominada Probando, permite evaluar en vivo las prestaciones establecidas y detectar falencias que pudieran generar la pérdida de estos apoyos a largo plazo. La fase final, Transferencia de los cuidados, con las prestaciones ya funcionando, se examinan sus roles y compromisos a largo plazo con el usuario.

Cabe destacar que si bien en un principio se requiere de un contacto intenso entre la dupla CTI-TS con el usuario y familia, con el tiempo éste va disminuyendo, con la finalidad de evitar que la dupla se convierta en la principal fuente de apoyo, pues el objetivo es posicionar al usuario, su familia y comunidad como los principales gestores del desarrollo de nuevas habilidades y mantenimiento de nuevos roles sociales.

Impacto y Resultados

A la fecha, la intervención lleva 7 meses en práctica y se ha implementado en 4 centros de salud mental de Santiago (San Joaquín, Lo Espejo, Padre Hurtado y El Pino) con 12 casos. Tras la implementación de la intervención, tanto los usuarios beneficiados con el estudio como los propios centros de salud mental han validado la experiencia como positiva, pues junto con generar el desarrollo de habilidades de los individuos, ha logrado empoderarlos y posicionarlos como sujetos más activos en sus procesos personales de recuperación. Lo que incluye no sólo la recuperación de espacios sociales, antes perdidos, sino que también una mayor adherencia al tratamiento de los centros de salud mental de los servicios públicos, logrando así el reconocimiento de los propios centros. Otro éxito importante a destacar es la recuperación de los apoyos familiares y sociales, los cuales se manifiestan muy esperanzados por los avances que el usuario refiere durante la intervención y que,

además, resultan fortalecidos al ver que el Par Trabajador ha logrado espacios laborales importantes en la sociedad.

Desafíos

En América Latina y en Chile los centros de salud mental de la red pública aún no están equipados con el tipo de recurso económico y la capacitación del personal necesarios para proporcionar servicios en vivo basados en la comunidad. Diversas barreras tales como condiciones de pobreza, transporte limitados, violencia endémica, entre otras, serían mitigados por estos servicios en vivo, en el cual, los trabajadores de la misma comunidad ayuden a los usuarios a mantener una relación constante y activa con sus centros de atención en salud mental.

Si bien Chile ha hecho una inversión considerable para facilitar la transición de los hospitales a la atención comunitaria en salud mental-legislando respecto a la prestación de pagos por discapacidad, además de alinear a los servicios de salud mental para promover la integración social de usuarios- las prestaciones psicosociales en los servicios siguen siendo una minoría. Sin embargo, los avances del contexto chileno abren la posibilidad de poder desarrollar intervenciones factibles y eficaces para introducir servicios en vivo basados en la comunidad. Así, quienes reciben CTI-TS tienen una mejor calidad de vida y un menor número de necesidades insatisfechas, además de menores niveles de discapacidad, pues desarrollan una mayor orientación hacia la recuperación auto-dirigida y una mayor continuidad de las atenciones en los servicios de salud mental. Respecto a los beneficios familiares, tras la intervención de CTI-TS se reporta menos carga de los cuidadores, además de un cambio de perspectiva respecto a la visión de la salud mental y las enfermedades mentales, más orientadas a una perspectiva basada en las fortalezas que en lo traumático.

Referencias bibliográficas

- Alvarado R, Minoletti A, Valencia E, Rojas G, Susser E. The need for new models of care for people with severe mental illness in low and middle-income countries. In: Thornicroft G, Ruggeri M, Goldberg D, editors. *The Global Challenge of Improving Mental Health Care*. John Wiley: Chichester, UK; 2013.
- Minoletti A, Galea S, Susser E. Community mental health services in Latin America for people with severe mental disorders. *Public Health Rev.* 2012;34(2): epub ahead of print.
- Stastny P. Introducing peer support work in Latin American mental health services. *Cad Saúde Colet.* 2012;20(4):473-81.
- Susser E, Lovisi G, Valencia E. Special Issue: RedeAmericas: Network for Mental Health Research in the Americas. *Cad Saúde Colet.* 2012;20(4):403-4.



Foto 1. Supervisión equipo CTI-TS, Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública U. de Chile



Foto 2. De izquierda a derecha: Carmen Amaya, trabajadora comunitaria CESAM San Joaquín y H. Padre Hurtado; Any Urbina, par trabajadora, H. Padre Hurtado y H. El Pino; Gerald Faúndez par trabajador CESAM San Joaquín; Guillermina Astorga, trabajadora comunitaria, COSAM Peñalolén y H. El Pino; Ps. María José Jorquera, Supervisora CTI-TS; Ginette Olmeño, par trabajadora CESAM Los Espejo; Sara Schilling, Coordinadora de Campo CTI-TS

