



PROCESO DE REHABILITACIÓN DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS EN HOGARES PROTEGIDOS FORENSES

NOMBRES: NICOL ROMÁN TORO
JESSICA ZAPATA BENAVIDES

PROFESOR GUÍA: RODRIGO AHUMADA CABELLO

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO EN
TRABAJO SOCIAL**

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL DE ASISTENTE SOCIAL

SANTIAGO, 2012

INDÍCE

INTRODUCCIÓN	05
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	
1.- Planteamiento del problema	11
2.- Preguntas de investigación	17
3.- Objetivos de la investigación	18
4.- Hipótesis	20
5.- Estrategia metodológica	20
6.- Variables	23
PRIMERA PARTE:	
MARCO TEÓRICO	
CAPÍTULO I: Las Sociedades y el trastorno mental	25
1.1.- De la herencia genética a la revolución de la mente	29
1.2.- La relatividad cultural	33
1.3.- La psiquiatría y su doble opuesto	36
CAPITULO II: Proceso de rehabilitación de las sociedades modernas	41
2.1.- Hacia la integración y habilitación social	42
2.2.- Rehabilitación psicosocial	45
2.3.- El equipo de salud como actor fundamental	51
2.4.- Del encierro a la intervención comunitaria	53
CAPÍTULO III: La percepción	57
3.1.- El complejo mundo de la percepción	57

3.2.- Percepción y Representaciones Sociales	62
3.3.- Fenomenología de la percepción	66

SEGUNDA PARTE:

MARCO REFERENCIAL

CAPÍTULO IV: Los Modelos de Rehabilitación Psicosocial: origen al Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría en Chile	70
4.1.- Una metodología de rehabilitación: las cuatro fases de Liberman	72
4.2.- El concepto de inhabilitación social	74
4.3.- Rehabilitación en tres dimensiones: la casa, el bazar y el trabajo	77
4.4.- Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría en Chile	79
4.5.- La intersectorialidad del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría	84
 CAPÍTULO V: Los Hogares Protegidos Forenses del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak	86
5.1.- Servicio de Psiquiatría Forense	87
5.2.- Hogares Protegidos Forenses	87
5.3.- Norma Técnica de los Hogares Protegidos	89
5.4.- Perfil del Paciente del Servicio de Psiquiatría Forense	92
5.5.- Proyecto Juntos Construimos un Sueño	94

TERCERA PARTE:

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

CAPITULO VI: Los avances en el proceso de rehabilitación de pacientes psiquiátricos en los hogares protegidos forenses	98
6.1.- Obstaculizadores del proceso de rehabilitación de pacientes psiquiátricos	99
6.2.- Facilitadores del proceso de rehabilitación de pacientes psiquiátricos	124
CAPÍTULO VII: Percepción de los funcionarios de trato directo sobre el proceso de rehabilitación de pacientes psiquiátricos	140
7.1.- Nivel de Conocimiento de los funcionarios de trato directo	140
7.2.- Opiniones de los funcionarios de trato directo	162
7.3.- Actitudes de los funcionarios de trato directo	188
CAPÍTULO VIII: Conclusiones	202
HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN	209
APORTES DEL TRABAJO SOCIAL	215
ANEXOS	220
BIBLIOGRAFÍA	233

INTRODUCCIÓN

En el transcurso del tiempo la enfermedad mental ha sido concebida con diferentes enfoques de acuerdo a los cambios de paradigmas en las ciencias sociales, siendo así las primeras experiencias de tipo experimental, puesto que el paciente estaba sujeto a la “sanación” y las prácticas comunes se basaban en el uso de agua fría, cadenas, lobotomías, entre otras, donde el tratamiento se caracterizaba por expulsar y excluir al paciente de la sociedad.

Durante las primeras décadas del siglo XX surgen nuevas ideas sobre las discapacidades psíquicas, debido al aumento considerable de personas con aquellas características, lo que generó cambios en el tratamiento como nuevos avances farmacológicos y secciones hospitalarias especializadas, no obstante se continuaba con los tratamientos de electro shock, camisas de fuerza, aislamiento, es decir, se perpetuaba el tratamiento físico y/o del cuerpo por sobre la mente.

En los años cincuenta surge un nuevo modelo de intervención psiquiátrica, luego de un proceso de cambios progresivos en la forma de concebir la enfermedad mental, y como circunstancias políticas y sociales de la primera mitad del siglo XX. Este modelo es denominado “comunitario”, ya que busca una forma de organización de la asistencia psiquiátrica, que como característica incluye programas enfocados hacia la promoción de la salud mental; prevención y tratamiento de los trastornos mentales; y la rehabilitación de estos pacientes en la comunidad, lo que incluye su reinserción social y la integración de otros actores sociales en el proceso.

Como consecuencia de esta nueva orientación, en la década de los setenta se incorpora el concepto de “Salud Mental” en el tratamiento psiquiátrico, que se origina con la introducción del enfoque biopsicosocial, en donde la enfermedad mental no sólo es considerada como causa de factores biológicos inherentes a las personas, sino también como producto de factores sociales.

En 1990, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, se reúnen en Venezuela para crear la “Declaración de Caracas”, en donde se concluye que:

“La atención psiquiátrica convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva”
(OPS; 1990:2).

Sobre la base de esta consideración, se busca evidenciar la necesidad de incorporar lo social al tratamiento y que los países a nivel mundial reformen sus actuales sistemas de salud mental, con el fin de alcanzar un nivel de modernización, avances sociales y tecnológicos.

Cabe mencionar, por otra parte, que en Chile las primeras experiencias de tratamiento a las enfermedades psiquiátricas, ocurrieron en la “Casa de Orates de Santiago” (1852), donde las prácticas habituales eran el encierro y la enajenación de los pacientes psiquiátricos, constituyendo experiencias, que en la actualidad son consideradas inadecuadas, debido a que las personas con aquellas condiciones no eran vistas como sujetos plenos de derechos.

A partir de las ideas expuestas en la Declaración de Caracas, el Ministerio de Salud de Chile, incorpora el ámbito de la salud mental dentro de las cinco prioridades sanitarias a nivel nacional, hecho que genera nuevas instancias de reflexión y discusión en la temática, que posteriormente consolidan el enfoque de psiquiatría comunitaria y fundamentan todas las acciones de las políticas públicas mediante la creación de un Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, que desde el año 2000 ha sido implementado en todos los servicios de salud pública a lo largo del país.

Los niveles de intervención que el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría considera prioritarios son; promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, los cuales se incorporan de acuerdo al nuevo modelo comunitario de atención en red.

De la misma forma, el Plan Nacional, contempla la creación de Hogares Protegidos en distintas comunas del país, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los enfermos psiquiátricos, lograr la reinserción comunitaria y generar un proceso de rehabilitación integral. Sin embargo, esta rehabilitación no considera una diferenciación entre pacientes psiquiátricos y aquellos pacientes psiquiátricos que han cometido delitos y han sido sobreseídos de la justicia.

Desde el inicio de la ejecución del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, se observa que en teoría existe voluntad política por introducir cambios significativos en la forma de concebir la salud, enfermedad mental y tratamiento de las personas con discapacidad psíquica. Empero, en la práctica existen realidades opuestas a los valores en los que se fundamenta esta política y es por tal motivo que es necesario indagar qué sucede en la

realidad con la ejecución de la misma, y qué resultados se obtiene del proceso de rehabilitación de pacientes psiquiátricos internados en los Hogares Protegidos.

Para tales efectos, el estudio se centrará en el trabajo realizado en el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak ubicado en la comuna de Independencia, que es el Servicio de Salud Metropolitano Norte, encargado de ejecutar el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría desde el año 2000, y que se encuentra a cargo de nueve Hogares Protegidos, los que son exclusivamente para pacientes que mantienen medidas cautelares en el sistema judicial.

El objeto de esta investigación se centra en el proceso de rehabilitación de los pacientes psiquiátricos que se encuentran en los Hogares Protegidos Forenses, puesto que han sido derivados del nivel tratamiento al nivel rehabilitación. Por lo cual, se busca descubrir el discurso del Equipo de Salud de Psiquiatría Forense del Instituto Psiquiátrico, ya que ellos son los encargados de ejecutar la política pública en el espacio micro social y por lo mismo, son la fuente de información directa de todo el proceso de rehabilitación de los pacientes en las residencias alternativas. Asimismo, cabe mencionar que son sujetos poseedores de experiencias únicas, ya que tienen la posibilidad de enfrentarse cara a cara a esta realidad. Por tanto, la realización de esta investigación es un aporte para el campo de la salud mental, ya que *“el 12, 9 % de los chilenos vive con algún grado de discapacidad, 2.068.072 personas, de las cuales 7.83% tienen discapacidad psiquiátrica”* (<http://www.discapacidadsiquica.cl/>, 2012), lo que hace reflexionar que el número de personas que padecen enfermedades mentales -161.930 en la actualidad-, aumentaría debido a los estilos de vida cada vez

más acelerados, rutinarios, con niveles altos de estrés y ansiedad, lo que conlleva a un deterioro de la vida humana, en aspectos individuales como sociales.

Investigar sobre esta temática, no sólo otorga nuevos antecedentes en relación al proceso de rehabilitación de los pacientes psiquiátricos, sino que también permite una real integración de los actores en primera línea de intervención, que son miembros del Equipo de Salud, para incorporar innovaciones y/o reestructuraciones en las actuales políticas públicas de salud mental.

Por consiguiente, es relevante dar a conocer otra perspectiva -de carácter social-, en relación al proceso que viven los pacientes psiquiátricos en las residencias alternativas, ya que con esta investigación se establece un canal de comunicación y una herramienta teórica para futuras intervenciones. Lo anterior, debido a que se estima que *“para el año 2020 los trastornos psiquiátricos serán responsables del 21% de la carga total de enfermedad, ocupando la depresión mayor, el segundo lugar entre todos los trastornos”* (Sepúlveda, 2010).

En la primera parte de este estudio, en el capítulo I, se realiza un breve recorrido diacrónico sobre las diferentes civilizaciones, en su manera de entender y tratar la enfermedad mental, cuyo tratamiento se enmarcó desde la expulsión de las personas de la sociedad, hasta el encierro involuntario en instituciones manicomiales. De la misma manera, en el capítulo II, se describe el proceso de rehabilitación en las sociedades modernas -que se fundamenta en el enfoque comunitario de atención en salud mental-, en donde la integración social permite rehabilitar al sujeto e incorporar a actores

del Sector Salud y otros sectores del Estado. Posteriormente debido a las implicancias de este estudio, en el capítulo III, se aborda el tema de la percepción, a modo de comprender cuál es la manera en que los sujetos van captando y elaborando información del entorno, para interpretar la realidad que observan. De esta manera, se analiza la percepción desde la corriente fenomenológica y el enfoque de las representaciones sociales, para determinar el nivel de conocimiento, opiniones y actitudes de los sujetos, los que en su conjunto configuran la manera de relacionarse con el entorno y los otros.

En la segunda parte, en el capítulo IV, se señalan los modelos internacionales de rehabilitación psicosocial, que constituyen las mejores experiencias y evidencias a nivel mundial para la inserción social de los pacientes psiquiátricos. Éstas dan origen al Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría en Chile, donde se indican los valores y principios fundamentales para la atención de personas con discapacidad psíquica, estrategias de intervención y la intersectorialidad en las acciones de los diferentes sectores. Asimismo, en el capítulo V, se da a conocer el funcionamiento del Instituto Psiquiátrico, específicamente las residencias alternativas, el perfil de los pacientes, la Norma Técnica y el proyecto “Juntos Construimos un Sueño”.

En la tercera parte, en el capítulo VI, se exponen los resultados del trabajo de campo, que guarda relación con los avances del proceso de rehabilitación de acuerdo a los planteamientos establecidos en el Plan Nacional, dando cuenta de los obstaculizadores y facilitadores del proceso. Y por último, en el capítulo VII, se presentan los resultados del análisis de las percepciones de los cuidadores de los hogares protegidos forenses, respecto de diferentes temáticas pertinentes al proceso de rehabilitación.

1.- Planteamiento del problema

Los nuevos paradigmas sociales en conjunto con los avances tecnológicos y farmacológicos en el ámbito de la Salud Mental, han dejado atrás el modelo asilar en la psiquiatría, para instaurar un nuevo modelo con enfoque comunitario, es decir con y para la comunidad. Estos avances en materias de tratamiento y rehabilitación psiquiátrica -en la actualidad- han permitido operacionalizar una reforma de la asistencia, con progresos significativos en las vidas de las personas con enfermedades mentales, manifestadas en la desinstitucionalización del paciente, que acoge necesidades de sociabilizar y vivir en comunidad.

En América Latina y el Caribe, países como Brasil, Cuba, Panamá y Chile se destacan por experiencias innovadoras en el ámbito de la Salud Mental, enfoque y tratamiento (Rodríguez, 2011), que han permitido crear políticas sociales con perspectivas comunitarias. Sin embargo, estos esfuerzos no son suficientes para cubrir la amplitud de necesidades de las personas con enfermedades mentales, tales como reinserción social y familiar, educación, trabajo, vivienda, recreación, esparcimiento, entre otras.

“Los servicios de salud, así como los recursos humanos y financieros disponibles para afrontar la problemática de las enfermedades mentales -en muchos países-, son insuficientes y están distribuidos desigualmente”
(Rodríguez; op.cit.: 87).

Es pertinente mencionar que, además de la escases de recursos, los servicios de salud en los países de América Latina son territorialmente

inapropiados, ya que éstos se encuentran centralizados en las ciudades principales, hecho que conlleva a que los pacientes requieran traslado para acceder al tratamiento, ocasionando problemas que agravan la enfermedad en sí y generan otras dificultades como el desarraigo, desvinculación del grupo familiar, pérdida del sentido de pertenencia y desadaptación social.

“En muchos países de América Latina, los servicios de salud mental tienen una estructura que no corresponde con las necesidades y con la proyección de un modelo comunitario de servicios” (Ibid: 89).

Ante este escenario adverso, se debe señalar que los pacientes psiquiátricos acceden a un tratamiento clínico que privilegia los aspectos farmacológicos, obviando ámbitos psicosociales del proceso de rehabilitación -como parte esencial del tratamiento-, que pueden posibilitar una nueva forma de participación en la esfera social, de acuerdo a las propias capacidades, cualidades y preferencias de cada paciente.

“...los pacientes con trastornos mentales no tratados corren un riesgo mayor de menoscabo del funcionamiento del sistema inmunitario, comportamiento deficiente en materia de salud, incumplimiento de los regímenes médicos prescritos y resultados desfavorables de las enfermedades” (OMS; 2001:10).

En el 2004, los trastornos mentales y neurológicos representaban el 21% de la carga total de enfermedades en América Latina y el Caribe (Rodríguez; op.cit). Junto con esta cifra, la Organización Mundial de la Salud señala que

existen diferencias en la distribución de los recursos logísticos y humanos para la atención de salud mental, lo que se refleja en la escasez de Psiquiatras, Psicólogos, Enfermeras y Trabajadores Sociales, obstaculizando la oportuna atención y tratamiento de la salud mental en países con bajos y medianos ingresos.

“Los países de ingresos bajos cuentan con 0,05 psiquiatras y 0,42 enfermeras psiquiátricas por cada 100.000 habitantes, mientras que en los países de ingresos altos la tasa de los psiquiatras es 170 veces mayor y la de las enfermeras es 70 veces mayor”
(Rodríguez; 2011:89).

En el marco de estas consideraciones, las cifras expuestas demuestran que la proporcionalidad entre incidencia de enfermedades mentales y el presupuesto para recursos humanos y económicos destinados a la salud mental en general, son insuficientes para cubrir la demanda de la población que padece trastornos mentales, hecho que repercute directamente en el tratamiento y proceso de rehabilitación ejecutado en diferentes instancias en el sistema de salud.

Considerando lo anterior, el aumento en la prevalencia de las enfermedades mentales, la carencia de recursos económicos y la escasez de profesionales dedicados a la salud mental, permite reflexionar acerca de las nuevas estrategias gubernamentales en los tratamientos, como la desinstitucionalización y los Hogares Protegidos, lo que genera la siguiente pregunta ¿Cuál es el producto de estas intervenciones y qué calidad de vida se brinda con un tratamiento sin énfasis real en la rehabilitación?

Las situaciones descritas anteriormente, se evidencian también en Chile, ya que si bien existen instancias de tratamiento fundamentadas en el Modelo Comunitario, como las residenciales y hogares protegidos, éstos no aseguran el trabajo complejo de la rehabilitación que involucra aspectos psicosociales como la integralidad del sujeto en la vida social y la autonomía para un desarrollo óptimo, sino que más bien, se centran en aspectos generales de la salud con énfasis en los tratamientos farmacológicos.

“Los Servicios Psiquiátricos se trasladan al nivel comunitario de forma vertical, sin relación alguna con la Red de Atención Primaria” (Rodríguez; 2007:120).

La problemática social de las enfermedades mentales es difícil de afrontar, pues, no se reduce a una sintomatología psiquiátrica con tratamiento clínico, sino, debe abordarse desde el funcionamiento psicosocial, siendo transversal, considerando la participación, integración social y laboral de los sujetos. Es decir, desde lo más concreto de la rehabilitación psicosocial, que dice relación con el apoyo flexible y continuo para la recuperación o adquisición de capacidades y habilidades sociales necesarias para la vida en comunidad.

“Los tipos de tratamientos disponibles y más usados en el Sector Público son los psicofarmacológicos. La oferta de modalidades de psicoterapia es escasa” (Ibid: 121).

En este mismo orden de ideas, es necesario consignar que -a una década y más de la puesta en marcha del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría Chile-, siguen existiendo vacíos en el proceso de rehabilitación de los pacientes psiquiátricos. Esta realidad se encuentra latente en los diferentes

Servicios de Salud en Chile, como por ejemplo el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, donde se observa una incongruencia en aspectos teóricos, como la inexistencia de una Norma Técnica para los Hogares Protegidos “Forenses”, ausencia de objetivos y conceptualizaciones homogéneas para la rehabilitación como tal y el correcto entendimiento y significación simbólica de lo que es un Hogar Protegido Forense.

De la misma manera, en los aspectos prácticos, como ausencia de acciones rehabilitadoras y programas especializados en los Hogares Protegidos Forenses, dependencias inapropiadas de éstos, inoperancia de la red local comunitaria como apoyo para la rehabilitación y escasas de profesionales.

Todo lo anteriormente mencionado, deja de manifiesto las falencias en la forma discursiva de la política y la ejecución de la misma. Ya que, no basta con un plan que contemple una declaración de principios, si no se considera la rehabilitación como un modelo de desarrollo humano, inclusión y justicia social.

Si bien en la actualidad el Modelo Comunitario ha logrado cambios significativos en el tratamiento de los pacientes psiquiátricos y se han incorporado nuevas estrategias de concebir y tratar la enfermedad mental, que en sí mismas constituyen espacios rehabilitadores, siguen produciéndose vacíos en ámbitos básicos para todas las personas -como se mencionó con anterioridad-, en procesos de educación, trabajo, recreación, participación social, habitabilidad, entre otros.

“Es un avance notable que se ha logrado en los últimos 15 años; sin embargo, el gran desafío es la implementación real de estos programas, ya que en la mayoría de los Estados es muy baja y persiste un modelo de servicios que no se corresponden con los objetivos de los mismos” (Ibid: 120).

A lo anterior se debe sumar, estigmas, prejuicios y discriminación producidos por la despreocupación y/o escasa información de los procesos de rehabilitación -del Equipo de Salud, familia, comunidad y los propios pacientes-, lo que disminuye las posibilidades de rehabilitación, convirtiéndose en una realidad lejana, hecho que se refleja en la larga estadía de los pacientes psiquiátricos en los Hogares Protegidos Forenses, luego de haber cumplido las medidas cautelares ordenadas por el sistema judicial. En este sentido, el Hogar Protegido Forense más que una instancia alternativa de residencia en donde se vive un proceso de rehabilitación, se convierte en una continuidad clínica de estadía, porque los pacientes se encuentran inactivos e inmersos en una vida rutinaria.

Esta investigación se centra pues en las falencias del proceso de rehabilitación, que quedan al descubierto al observar el quehacer diario de los pacientes psiquiátricos en los Hogares Protegidos Forenses, ya que queda de manifiesto que no existen planificaciones de actividades centradas en la rehabilitación, es decir, las rutinas diarias son dedicadas casi exclusivamente a la alimentación y al cuidado básico de la salud; medicación diaria y controles periódicos. Cabe decir que, la política del Instituto Psiquiátrico Horwitz es subsidiaria a pesar de la preocupación por la rehabilitación de los pacientes psiquiátricos, pues, deja a cargo de

actividades rehabilitadoras extra programáticas a alumnos en práctica de diferentes Universidades, que en lo empírico, son una alternativa valiosa y certera, pero suplementaria a una responsabilidad profesional-institucional.

Por consiguiente, es necesario plantear ciertas preguntas que guían la investigación, en relación con los avances del proceso de rehabilitación de los pacientes psiquiátricos, considerando las nuevas estrategias de tratamiento indicadas en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, a una década de la ejecución de éste; y, la percepción de los profesionales del Equipo de Salud, sobre el proceso de rehabilitación de los pacientes psiquiátricos residentes en los Hogares Protegidos Forenses, dependientes del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak.

2.- Preguntas de Investigación

¿Cuáles son los avances en el proceso de rehabilitación de los pacientes psiquiátricos que residen en los Hogares Protegidos Forenses?

¿Qué percepción tienen los funcionarios de trato directo sobre el proceso de rehabilitación de los pacientes psiquiátricos de los Hogares Protegidos Forenses?

En relación al Equipo de Salud, ¿Cuáles son las falencias visualizadas en el proceso de rehabilitación de los pacientes psiquiátricos residentes en los Hogares Protegidos Forenses?

3.- Objetivos de la investigación

Objetivo General N°1

Determinar los avances en el proceso de rehabilitación de los pacientes psiquiátricos de los Hogares Protegidos Forenses del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak de la comuna de Independencia, desde los profesionales y funcionarios de trato directo que conforman el Equipo de Salud.

Objetivos Específicos

Identificar los obstaculizadores del proceso de rehabilitación de los pacientes psiquiátricos de los Hogares Protegidos Forenses, desde la perspectiva del Equipo de Salud.

Identificar los facilitadores del proceso de rehabilitación de los pacientes psiquiátricos de los Hogares Protegidos Forenses, desde la perspectiva del Equipo de Salud.

Objetivo General N°2

Describir la percepción de los funcionarios de trato directo, acerca del proceso de rehabilitación de los pacientes psiquiátricos de los Hogares Protegidos Forenses del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak de la comuna de Independencia.

Objetivos Específicos

Establecer el nivel de conocimiento de los funcionarios de trato directo respecto a la rehabilitación de pacientes psiquiátricos de los Hogares Protegidos Forenses.

Identificar la opinión de los funcionarios de trato directo respecto de la rehabilitación de pacientes psiquiátricos de los Hogares Protegidos Forenses.

Identificar la actitud de los funcionarios de trato directo en relación al proceso de rehabilitación de los pacientes psiquiátricos de los Hogares Protegidos Forenses.

4.- Hipótesis

H.1. El proceso de rehabilitación de pacientes psiquiátricos no es efectivo, ya que se establecen una serie de intervenciones, programas y acciones en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría de Chile y en la Norma Técnica de los Hogares Protegidos, las cuales están ausentes en las planificaciones anuales de la Unidad de Psiquiatría Forense, lo que se observa en las rutinas diarias a ejecutar en los Hogares Protegidos Forenses.

H.2. La percepción negativa de los funcionarios de trato directo, es un factor que afecta el proceso de rehabilitación de los pacientes psiquiátricos, debido al escaso conocimiento que poseen sobre la rehabilitación de los residentes, lo que influye en la falta de motivación, compromiso e iniciativa con el trabajo desempeñado en los Hogares Protegidos Forenses.

5.- Estrategia Metodológica

Tipo de Estudio

El estudio se orienta fundamentalmente hacia la realización de una investigación de tipo cualitativa descriptiva, debido que apunta a determinar cuáles son los avances del proceso de rehabilitación y conocer las percepciones de los funcionarios de trato directo, en relación al proceso de rehabilitación de pacientes psiquiátricos residentes en Hogares Protegidos Forenses.

“Su propósito consiste en reconstruir la realidad, tal y como la observan los actores de un sistema social previamente definido” (Hernández, 2003:5).

Es cualitativa, ya que interesa conocer los discursos de los funcionarios del Equipo de Salud, respecto de los avances del proceso de rehabilitación y determinar el nivel de conocimiento, opiniones y actitudes frente al proceso de rehabilitación que vivencian los pacientes a diario.

Es por lo señalado, que el método cualitativo permite realizar un análisis más profundo de la situación, entendiendo que son los funcionarios de trato directo, las personas que se encuentran en el lugar donde se observa directamente la cotidianidad de los pacientes psiquiátricos en el proceso de rehabilitación.

Este diseño es no experimental, debido a que es realizado sin manipular las variables, es decir, se enfoca por una parte a observar el proceso de rehabilitación conforme al Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, como así mismo el fenómeno de la rehabilitación de acuerdo a la percepción de los funcionarios de trato directo. Ambos son observados en el contexto natural, cotidiano y tal como se ejecutan en el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak.

Este diseño es de tipo transaccional o transversal, ya que se rescatan los relatos del Equipo de Salud, recolectando información en un momento determinado. Las percepciones de estos trabajadores, fueron recogidas durante el segundo semestre del año 2011.

El estudio permite indagar en profundidad los relatos de los funcionarios de trato directo, sobre el proceso de rehabilitación de los pacientes psiquiátricos, describiendo los aspectos relevantes que se deben considerar para que estos procesos sean efectivos.

Unidad de análisis

La unidad de análisis de este estudio, son los funcionarios del Equipo de Salud que prestan servicios en la Unidad de Psiquiatría Forense del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak.

Universo

El universo de la investigación es el Equipo de Salud de la Unidad de Psiquiatría Forense, el cual está constituido por cinco profesionales, que son; 2 Psicólogos, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Enfermera y 1 Trabajador Social. Y 18 funcionarios de trato directo, en su mayoría técnicos paramédicos, en 8 Hogares Protegidos Forenses.

Muestra

La muestra es constituida por el 100% del universo definido para el estudio, es decir, los 5 profesionales y los 18 funcionarios de trato directo, debido a que los alcances de la investigación corresponden a un enfoque cualitativo.

Técnica de recolección de información

Se utilizará la Entrevista en Profundidad como técnica para recolección de información primaria, puesto que utiliza un modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas. El propio investigador es el instrumento de la investigación y no lo es un protocolo o formulario de entrevistas (Bogdan y Taylor, 1986).

Estas entrevistas son realizadas a los funcionarios del Equipo de Salud de la Unidad de Psiquiatría Forense, que constituyen la muestra mencionada con anterioridad.

Técnica de análisis de la información

Se utilizará el Análisis por Categorías, técnica para distinguir, separar y priorizar los discursos emitidos en las entrevistas en profundidad, para reconocer opiniones y observaciones, en cuanto a los avances del proceso de rehabilitación de los pacientes psiquiátricos residentes en los Hogares Protegidos Forenses. De esta manera, se busca interpretar el sentido de estos discursos para hacer una reconstrucción que incorpore el contenido latente y a la vez su sentido explícito.

6.- Variables

Proceso de rehabilitación de pacientes psiquiátricos

Percepción del equipo de salud

PRIMERA PARTE
MARCO TEÓRICO

CAPITULO I

LAS SOCIEDADES Y EL TRASTORNO MENTAL

Los relatos e historias de la edad antigua, en sociedades como Babilonia, Grecia y Egipto evidencian que desde un comienzo han existido personas con trastornos mentales, sin embargo el concepto en sí de enfermedad mental, era visto como un signo maléfico entre los hombres, como si un poder divino direccionará un castigo por pecados, culpas y errores cometidos, por tanto, la enfermedad mental poseía un gran componente de creencia en lo mágico y lo religioso. Por ende, los tratamientos eran entendidos y aplicados desde ambos conceptos, como por ejemplo con la presencia de algún religioso para ejercer un exorcismo, la visita de una curandera para la ceremonia de limpieza, entre otros, es decir, un tratamiento desde la creencia espiritual cultural.

“La enfermedad mental es la naturaleza misma pero en un proceso inverso...” (Foucault; 1984: 47)

Resulta oportuno señalar el análisis histórico que realizó el filósofo francés Michel Foucault, quien publicó en el año 1964 “La historia de la locura en la época clásica”, donde sustenta de manera socio-política la razón, la sinrazón, la locura, las prácticas de encierro, el poder y los tratamientos. Su objeto de atención se centra en cómo la sociedad tensiona al individuo y lo aliena, en son de la razón y la moral.

“La sinrazón remonta poco a poco lo que la condena, imponiéndole una especie de servidumbre retrógrada; pues una sabiduría que cree instaurar con la locura una pura relación de juicio y de definición -”aquél es un loco” (Foucault; 1967:18).

En referencia al autor, desde el renacimiento existían tratamientos oficiales para los locos, ya que las familias embarcaban a aquellas personas desadaptadas para movilizarlas por las costa de Europa, alejándolos de las ciudades, borrando así toda presencia que diera cuenta de la existencia de ellos.

“Se trata de una medida general de expulsión mediante la cual los municipios se deshacen de los locos vagabundos” (Ibid: 12).

En Europa finalizando el siglo XVII, el miedo se posiciona en la población parisina por contraer una enfermedad mental, creencia impulsada por los mitos morales. Este temor al contagio, crea una reforma para tratar a los enfermos a mitad del siglo XVIII, donde se entiende que los manicomios deben ser ubicados en zonas aisladas, lejos de las ciudades principales, deben contar con amplia ventilación, para así evitar difundir el contagio en la sociedad, como si se tratase de una enfermedad a causa del contacto humano. Es así como la concepción de la enfermedad mental se impone desde un tratamiento asilar, una prisión aislada de la esfera social-productiva, privando a los enfermos de sus derechos esenciales.

“Al empezar a declinar el poder de la Iglesia y la cosmovisión religiosa del mundo durante el siglo XVII, desapareció el binomio bruja-inquisidor para dar paso al binomio loco-alienista” (Szasz; 2006:27).

Tal como se observa, se da origen al segundo periodo del “Gran Encierro” (Ibid), que se caracteriza por la creación de instituciones y hospitales, para internar a los desordenados, ilógicos y peligrosos, evitando así su presencia en las calles, ocultándolos hacia el encierro.

“Lo que durará más tiempo que la lepra, son los valores y las imágenes que se habían unido al personaje del leproso; permanecerá el sentido de su exclusión, la importancia en el grupo social de esta figura insistente y temible, a la cual no se puede apartar sin haber trazado antes alrededor de ella un círculo sagrado” (Foucault; 1986: 17).

En Francia del siglo XVIII la epidemia no está centrada en la peste o en la fiebre amarilla, sino en los nuevos leprosos; los “locos”. Esta categoría de locos es amplia, porque da cabida para todas aquellas personas iracundas como los son en esa época los bebedores excesivos, los que mantenían compañeros sexuales múltiples, los adultos seniles y aquellos en situación de calle. En estos recintos asilares, los insanos -como lo señala el autor anterior- se mezclan entre los venéreos y vagabundos. Son estos grupos, la nueva epidemia del viejo continente, que refleja los efectos sociales como el desempleo, la pobreza y el hacinamiento.

Los insanos o los desenfrenados de la razón (Ibid), son reducidos al silencio, ya que la locura corresponde a los espacios cerrados y fuera de los nodos principales de la sociedad. Al reducir esta población a través de la fuerza, se crea el hospital general en Francia, institución que se repliega durante toda Europa. Desde este contexto, el trato hacia los insanos es la internación, por tanto, es un tratamiento desde la condena ética, ya que los enfermos son internados involuntariamente por poseer la incapacidad de relacionarse “normalmente” con el resto de la sociedad y de producir en los espacios laborales.

Como resultado del gran encierro, se vislumbraba otro periodo histórico donde la modernidad trae consigo nuevas corrientes. Una de ellas estaba a cargo del médico francés Philippe Pinel, quien “liberó” a pacientes psiquiátricos que se encontraban encadenados en el manicomio de Bicêtre. Este acto se repitió dos años más tarde en otra institución, cuando fue declarado médico jefe del Hospital Salpêtrière. Ésta y otras acciones, las denominó “tratamiento moral”, que tenía como objetivo que la sociedad considerara a los enfermos como seres humanos, merecedores de un trato digno. Este periodo de “liberación” del Dr. Pinel, es de “ilusionismo” para Foucault, ya que consideraba la continuidad del maltrato y las prácticas inhumanas hacia los pacientes, por el tratamiento moral en el uso de agua fría y las camisas de fuerza, obligando a los locos a pensar y actuar para ser considerados “normales”. En otras palabras, fueron liberados de las cadenas, pero amarrados a conceptos biológicos y categorías morales.

“La salud y la enfermedad mental no son más que nuevas palabras para designar valores morales”
(Szasz; 1974: 45).

Es así como durante todo el siglo XVIII y a comienzos del siglo XIX la enfermedad mental es concebida como un crimen y el tratamiento es a través del control social, con el aislamiento y enajenación del ser humano.

“A propósito de posesión y psiquiatría, se observa en las épocas anteriores a la ilustración un reproche estereotipado, en el sentido de que habrían visto al demonio en todas las enfermedades mentales: esto habría impedido la aparición de la Psiquiatría como ciencia” (Roa; 1974:20).

Esta manera de entender y tratar la enfermedad mental, hace tardía la aparición de la psiquiatría como una ciencia válida para abordar las “enfermedades del demonio”, ya que la enfermedad mental está mediatizada por la figura de dios, en torno a la dualidad bueno-malo, dios-diablo, normal-anormal

1.1.- De la herencia genética a la revolución de la mente

Como se ha mencionado, la enfermedad mental siempre ha existido y su tratamiento ha variado debido a diversas concepciones, corrientes e ideologías, sin embargo el problema central radica en la noción de enfermedad mental y como se define el tratamiento, ya que estos varían dependiendo del contexto cultural, de los paradigmas científicos de los países que van a la vanguardia en psiquiatría, y como éstas se han adaptado a la realidad local.

Lo anterior lo señala Foucault en su libro “Enfermedades Mentales y Personalidad” (1984), que pone de manifiesto el problema central desde un ámbito teórico, ya que en las definiciones de enfermedad mental y síntoma, estos adquieren el mismo significado equivalente a las enfermedades orgánicas.

“El hombre no es ni enteramente preformado, ni enteramente formado por el medio. Él se estructura en función de su constitución y su experiencia”
(Henri Ey; 1965:5).

En los comienzos de los tratamientos psiquiátricos, éstos eran abordados desde la alienación del paciente, anulación de sus derechos, privación de libertad y disminución jurídica-moral. Sin embargo, con la Modernidad y las nuevas corrientes, se incorporaron técnicas de acercamiento médico-paciente, la observación clínica de la narrativa y relatos de los enfermos, surgen nuevas orientaciones para tratar y comprender a la población afectada por el trastorno mental.

La psiquiatría busca, desde una perspectiva orgánica describir y clasificar las enfermedades, mediante la observación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Sin embargo, al describir las enfermedades -como delirio, psicosis y demencia-, obligó a los psiquiatras a considerar las enfermedades como síndromes o reacciones de la mente.

“A esta revolución de las ideas (Zilboorg) ha correspondido una transformación de la asistencia. Así de la concepción del asilo como lugar donde eran encerradas las formas fatales, por así decir, la alienación, se ha pasado del hospital psiquiátrico a los servicios de cura libre...” (Ibid: 54).

Durante los primeros años del siglo XX, la psiquiatría es reconocida como una especialidad médica. Esto se produce debido a los estudios que manifiestan que los trastornos mentales no son producidos sólo a causa de factores biológicos o genéticos. Es así como comienza una verdadera revolución en el tratamiento de los trastornos mentales, con la ayuda de la neurología y otras ciencias, las técnicas de psicoterapia y psicoanálisis, clasificaciones internacionales y la industria farmacológica.

Ante la situación ya planteada, Foucault aporta una valiosa reflexión en torno a la comprensión del paciente, ya que incorpora la historia particular del enfermo, el hombre está sujeto a un contexto social-histórico que también está enlazado con la enfermedad en sí.

De la misma manera, Goffman en su libro “Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales” señala que:

“Desde el punto de vista formal de la sociedad, los internos de un hospital psiquiátrico se encuentran allí porque padecen enfermedades mentales. Empero, si se considera que el número de “enfermos mentales” no internados iguala y hasta excede al de los internados, podría decirse que estos son víctimas de las contingencias, más que de una enfermedad mental” (Goffman: 1992: 20).

Ambos autores dan cuenta del componente social en los enfermos psiquiátricos, es decir, de la relación e influencia del medio, ya que no se trata sólo de una herencia genética, o una enfermedad orgánica, si no un trastorno que se ocasiona en la mente de las personas, influidas también por los micros espacios familiares, laborales y sociales.

“La psiquiatría está en búsqueda de un equilibrio entre la psiquiatría pesada o manicomial de las grandes psicosis a la psiquiatría ligera de las neurosis” (Henry Ey; 1961:55).

En consecuencia a las ideas planteadas, la psiquiatría se ha desplazado históricamente desde las posturas arcaicas de la demonización a lo orgánico, de los tratamientos clásicos de la alineación a los tratamientos de las reacciones neuróticas de la mente.

1.2.- La relatividad cultural

La psiquiatría moderna está en constante oscilación entre las tendencias más vanguardistas que se centran en la enfermedad, olvidando al enfermo, o considerando al enfermo más que en la enfermedad.

“La psiquiatría será, en esencia, la ciencia y la técnica de los anormales, de los individuos anormales y las conductas anormales...” (Foucault; 1973: 68)

La cultura presente en todas las sociedades, es la responsable de generar elementos sociales como las costumbres, hábitos, creencias que originan las instituciones, el lenguaje, las técnicas, las cuales se mantienen y perduran durante el tiempo, como una norma establecida, consensuada y legitimizada. Sin embargo, hoy por hoy, nuestra sociedad está en crisis, en un ciclo de cambios, finalizando creencias antiguas e inoperantes, que dan inicio a nuevas concepciones y paradigmas para entender al ser humano, en su entorno, en su quehacer dentro de la sociedad y sus conductas.

“El hombre no es ni un puro sujeto, ni solamente un objeto. El hombre es, estando en el mundo”
(Henry Ey; 1961:6).

En la actualidad, hay una crisis general, tanto en los valores individuales como colectivos, en las instituciones y en las posturas ideológicas, debido a los alcances comunicacionales y la conectividad con otras sociedades y culturas, por tanto, lo que se denomina normalidad se ha relativizado.

Si hablamos etimológicamente, normalidad significa dar cumplimiento a una norma. Sin embargo el profesor Cuzzolano en su libro “Normalita e Devianza” realiza una importante diferenciación:

“La norma ideal sería aquella que está inserta en un modelo dado y la norma descriptiva sería aquella que se observa más a menudo” (Cuzzolano, 1971 en Roa, op.cit:104).

Este autor explica que la diferencia entre normalidad y anormalidad es una cuestión cuantitativa, debido a que se debe aspirar a cumplir con los roles establecidos en un modelo o cumplir con los roles dados de acuerdo a la mayor frecuencia. Por tanto, la norma nunca es un promedio, si no un ideal. Los psiquiatras tienen la idea de sanar a los demás, desde una obligación moral, que los acredita por ser profesionales, a atender a los enfermos, a mantenerse en la sociedad normal, desde un saber médico que explique las conductas denominadas “anormales”. ¿Pero qué sucede con el contexto cultural? ¿Es posible atribuir el concepto de normalidad de manera universal? Para responder estas interrogantes, se debe mencionar que el debate se centra en la imposibilidad de definir estándares básicos para salud y enfermedad mental, ya que una conducta es considerada normal y saludable en una cultura, pero inadecuada y anormal en otra, por tanto, la conducta y la vida en sociedad es una cuestión de relatividad cultural.

En este sentido, la normalidad y anormalidad están determinadas por la ubicación espacial de los sujetos y las relaciones al interior de una determinada cultura. Llegando a este punto, es importante aludir brevemente los ejemplos del suicidio y la homosexualidad.

El suicidio en Japón y los kamikazee: esta situación indica como el piloto soldado es quien ofrece su vida por un ideal. La idea de nacionalismo es la norma en su sociedad, por lo tanto, él está sano, no tiene sus facultades mentales perturbadas o se encuentra deprimido. Sin embargo, en países altamente católicos, el suicidio es visto como un pecado, una anormalidad, un crimen y está penado por la ley: el piloto kamikazee es un enfermo psiquiátrico y ya está condenado.

La homosexualidad en Estados Unidos: esta preferencia sexual fue definida oficialmente por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) como enfermedad mental hasta 1973. Posteriormente el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) eliminó la homosexualidad, por medio de una votación. Es así como todos los enfermos mentales homosexuales anterior a 1973, se sanaron instantáneamente a través de la cura del voto.

Lo que se pretende con estos ejemplos es evidenciar que la “enfermedad mental” no puede ser observada como una conducta anormal o normal, ya que se considera que, desviarse de lo que la mayoría de la gente quiere o espera en una sociedad particular no es sinónimo de locura. Por tanto, la subjetividad está sometida a los valores de la cultura dominante.

“Resulta por tanto incuestionable que todo lo referente a la salud mental, normalidad, e importantes aspectos de la locura, tiene íntima vinculación con múltiples aspectos intervinientes, con incidencia cualitativa de todas las expresiones sociales” (Guinsberg; 1990: 24)

Por todo lo anterior, es necesario contextualizar la esfera histórica-social y culturalmente, para señalar a un “loco”, “desviado” o “enfermo psiquiátrico”, ya que dependerá bajo qué perspectiva se observe su conducta, pues, entonces en cada acción de la vida actual contemporánea, podría ser considerada hoy como un trastorno mental.

1.3.- La psiquiatría y su doble opuesto

Desde que la psiquiatría se ha validado como ciencia médica, considerando los elementos mencionados como el análisis histórico, la diferenciación de la mente y el cuerpo, la normalidad como regla general y la cultura, se han incorporado importantes avances en relación al tratamiento y rehabilitación dentro de las sociedades modernas.

“Me llamaron loco y yo los llame locos. Y maldita sea, me ganaron por mayoría de votos” (Nathaniel Lee, dramaturgo inglés quien fue encerrado en un manicomio en 1692).

Durante los últimos años de la década de los cincuenta y a principio de los sesenta, múltiples psiquiatras cuestionaron la existencia científica de la enfermedad mental como tal, surgiendo así un movimiento contrario a la psiquiatría clásica.

“El problema de la rehabilitación del enfermo mental se convierte en el problema del desenmascaramiento de las ideologías” (Basaglia; 1973:28).

Franco Basaglia, Psiquiatra y ensayista italiano, estaba enfocado en los campos humanistas en relación a la salud mental, interesado en devolver el entorno social a los enfermos psíquicos, defender a los mismos de las prácticas conservadoras y clásicas que perjudicaban la salud en vez de beneficiarla, por lo que consiguió generar métodos nuevos, no ortodoxos en un movimiento de negación de la enfermedad mental, denominado: anti-psiquiatría.

“Así, la experiencia anti-institucional o antipsiquiátrica no puede ser entendida como una técnica sino como un movimiento global que incluye el mundo existencial, social y político tanto del enfermo como del que trabaja en el campo social. Sólo bajo esta dimensión global se pueden comprender el tratamiento, la terapia, la curación, como lo que son, esto es una ocasión y un instrumento de discriminación para eliminar el mayor número de elementos posibles de perturbación social”
(Basaglia; 1980:87).

De acuerdo al texto “Introducción a la psicopatología y psiquiatría” (Vallejo, 2006), las ideas básicas del movimiento anti-psiquiátrico se resumen en que la enfermedad mental tiene una génesis fundamentalmente social y la psiquiatría tradicional, desde su doctrina y actuaciones prácticas, ha sido la responsable de la perpetuación del estado represivo hacia los pacientes psiquiátricos.

Los anti-psiquiatras, por tanto, se basan en el compromiso y praxis política que debe ir conjuntamente con el desmantelamiento de la psiquiatría

tradicional, rechazando toda estructura que sustenta la psiquiatría clásica, desde las clasificaciones psiquiátricas, biológicas hasta las neo-conductistas. Se reconoce que uno de los factores determinantes del movimiento, es la figura de Michel Foucault, ya que la publicación en 1961 de “Historia de la Locura en la Época Clásica”, entrega valiosos elementos en el análisis de los conceptos, e instituciones a lo largo de la historia.

“Si le hablas a Dios, estás rezando. Si Dios te habla a ti, tienes esquizofrenia” (Szasz, oratoria).

La nueva corriente psiquiátrica crítica los valores y tratamientos hegemónicos, generando discusión acerca de los parámetros y esquemas considerados absolutos en la práctica de la rehabilitación.

“Lo que caracteriza al movimiento anti-institucional es precisamente la toma de conciencia de la función del control (al servicio del poder) implícita en el papel de los psiquiatras como protectores del orden público” (Basaglia: op.cit:41).

Otro personaje importante en el movimiento, es Thomas Szasz, profesor y psiquiatra húngaro, quien manifiesta que la psiquiatría es una pseudo-ciencia, que opera bajo el sistema de control social y que los médicos no se enfrentan con patologías verdaderas, sino con problemas éticos, sociales y personales. Por tanto, la definición de enfermedad mental es inútil y engañosa:

“La sociedad de Kraepelin, Bleuler y Freud quería que ellos extendieran las fronteras de la medicina por encima de la ley y la moral y así lo hicieron; querían que ellos extendieran las fronteras de la enfermedad del cuerpo al comportamiento, y de esta manera lo hicieron; quería que ellos disfrazaran el conflicto como psicopatología y el confinamiento como terapia psiquiátrica, y de esta manera lo hicieron” (Szasz; op.cit:188).

En los marcos de las observaciones anteriores, las corrientes emergentes cuestionan fuertemente las prácticas psiquiátricas tradicionales, emplazando estas ideologías a países como Francia, Italia, Argentina y España, logrando conquistar espacios políticos para reformar políticas públicas en salud, transformando de cierto modo, el quehacer psiquiátrico en cuanto a entender, pensar y tratar los trastornos mentales.

“El colmo de la obscenidad es que la sociedad pretenda -como estamos haciendo ahora e hicieron nuestros antepasados durante la inquisición- que al definir al otro como malvado, lo estamos ayudando a hacerse bueno” (Szasz; op.cit.,:297).

Detener la exclusión social, promover prácticas de participación en actividades recreativas, alcanzar un nivel de autonomía compatible con la vida social han sido los principales postulados de este movimiento, que en Italia logró una reforma reflejada en la ley N° 180 (Basaglia, 1980), que llegó a liberar a cientos de pacientes psiquiátricos, la desmantelación de manicomios y la creación de secciones especializadas.

“El siquiatra institucional, al tratar a pacientes involuntarios, se enfrasca igualmente en una tarea cuya bondad es temida por tan evidente, que justifica el empleo de los medios más viles. Engaña, coacciona, encierra a sus víctimas, las atonta con drogas y las somete al electroshock hasta conseguir la lesión cerebral. ¿Disminuye por ello la bondad de su labor? De ningún modo. Está luchando contra el mal” (Ibid:298).

Hechas las consideraciones anteriores, este capítulo ha realizado un recorrido de los diferentes enfoques en el tratamiento del trastorno mental y las sociedades, siendo tratadas desde diferentes perspectivas, como lo religioso hasta la negación de la propia enfermedad. De esta manera, se pone en evidencia la base histórica de los trastornos mentales, con autores como Foucault, Basaglia, Szasz y Roa.

CAPÍTULO II

PROCESO DE REHABILITACIÓN EN LAS SOCIEDADES MODERNAS

Uno de los mayores desafíos contemporáneos, es asegurar que todos los ciudadanos puedan participar activamente del sistema social, independientemente de la existencia de alguna enfermedad mental o necesidad especial. Por tal motivo, se hace necesario que se establezcan normas y condiciones que permitan obtener la plena integración de las personas con discapacidad a la sociedad, de manera que puedan mejorar su funcionamiento social, ejercer sus derechos y aumentar su calidad de vida.

“La enfermedad psicopática en suma, en cualquier parte, es reconocida como una alienación, un estar desposeído de sí mismo, y segregado de la comunidad”
(Roa; op.cit:230).

La alienación social de las personas con enfermedades mentales o necesidades especiales -en la lógica de la institucionalización y de la exclusión- son parte de una cultura y de un paradigma social obsoleto, por tanto, los gobiernos deben priorizar estrategias de rehabilitación que permitan a los sujetos ser actores sociales relevantes, teniendo la oportunidad real de influir en la construcción de la sociedad.

2.1.- Hacia la integración y habilitación social

Desde hace algunos años el concepto de rehabilitación se ha vuelto clave en psiquiatría y se ha configurado como un campo de intervención prominente, debido a los cambios de paradigmas en las ciencias sociales, las corrientes humanistas y la creencia de que las enfermedades mentales son producidas por factores tanto biológicos, como psicológicos y sociales.

Diversos programas destinados a la salud mental y evidencias pulcras en diferentes países, han permitido en la actualidad, que profesionales de la salud reconozcan que pacientes con enfermedades mentales crónicas, tienen posibilidades efectivas de rehabilitarse y de recuperar el espacio que les ha sido negado en la sociedad.

En consecuencia a lo anterior, el concepto “rehabilitación” es considerado como un proceso que está destinado a que las personas con discapacidad logren alcanzar y mantener niveles óptimos de funcionalidad física, sensorial, intelectual, psicológica y social (OMS, 2011). En este sentido, se entiende que la rehabilitación ofrece a las personas con discapacidad las herramientas que necesitan para alcanzar independencia y autodeterminación.

Como se mencionó en el capítulo anterior, en la época actual, la concepción de enfermedad mental, tiene una mirada integral, ya que se ha dejado atrás la lógica social de la exclusión, la institucionalización y el control social, por tal motivo, la rehabilitación debe incorporar necesariamente el concepto de “reinserción social”, ya que, se vuelve una obligación articular ambos conceptos como parte fundamental de un todo.

Reinserción desde su acepción básica es una acción de reponer a alguien la posesión, de lo que había sido desposeído (RAE, 2011). La importancia de incorporar este concepto, recae en que la rehabilitación cobra sentido y coherencia solamente dentro de un Modelo de Atención Comunitaria, que no aparte a los sujetos o los encierre en instituciones especiales, sino que les permita ocupar un lugar en la sociedad.

“Desinstitucionalizar implica romper este interjuego, mantener una dinámica de roles flexibles, cuestionarlos, discutirlos. Implica horizontalizar, o sea, romper con los juegos opresivos de los cuales el enfermo mental es el depositario” (Ceberio; 2010: 429).

A partir de esta asimilación conceptual, que articula el proceso de rehabilitación con la integración social, otros autores prefieren hablar sobre “rehabilitación psicosocial” o “rehabilitación psiquiátrica”, ya que ésta contempla las necesidades reales de los enfermos psiquiátricos y se fundamenta en las habilidades y competencias que éstas personas deben desarrollar para tener la posibilidad de volver nuevamente a la esfera social. Esta mirada, introduce el enfoque de la psiquiatría con la comunidad -que nace en Italia con los planteamientos de Pinel y el tratamiento moral- ya que se entiende que la comunidad cumple un rol fundamental en el proceso de rehabilitación y reinserción social, brindando el espacio necesario para que los sujetos puedan desarrollarse de manera autónoma y participativa.

La reinserción social es entendida muchas veces como la integración social y muchos autores coinciden en su concepto. Generalmente, se habla de integración social como un proceso mediante el cual las personas o grupos

que han sido marginados o excluidos, se incorporan a la sociedad formando parte de un todo unificado, por lo que se entiende que ambos conceptos son similares.

“La integración designa un proceso o resultado de componer y unificar partes de un todo”
(Ander- Egg; 1995:159).

Por tal motivo, cuando se habla de integración se opera bajo el supuesto de que existe una relación entre dos realidades, una en donde se encuentra al individuo o grupo que presenta enfermedades mentales y otra en donde está la sociedad, en donde los individuos se reinsertan.

Según Víctor Ventosa y Rafael Marset (2001), la integración social es una serie de medidas orientadas a la persona y también al medio para adaptarlo a ella, como la accesibilidad y la modificación de actitudes sociales. Se refiere principalmente a que la integración social depende de la realización de un proceso rehabilitador que incorpore tanto a las personas que han sido marginadas por su enfermedad, como a la sociedad que debe estar preparada y tener las condiciones para recibir a éste grupo de personas.

La rehabilitación es por esencia un proceso dialéctico donde entran en juego una variedad de factores, que deben trabajarse incorporando distintos actores sociales, para permitir finalmente la integración social de las personas con enfermedades mentales.

“...la persona logra la mayor compensación posible de las desventajas de toda naturaleza que puede tener como consecuencia de una deficiencia para el desempeño de los roles que le son propios por su edad, sexo y condición socio cultural” (INP; (s/d): 80).

Cabe mencionar que para algunos autores el proceso de rehabilitación, integración o reinserción, está ligado a un proceso de aprendizaje, ya que se debe reeducar o capacitar a las personas con enfermedades mentales para que cumplan el objetivo esperado por la rehabilitación, que es mejorar su funcionamiento social. Esto implica necesariamente trabajar bajo el respaldo de un enfoque integral, que incorpore aspectos psicosociales en el proceso.

2.2.- Rehabilitación Psicosocial

Como se mencionó con anterioridad, la rehabilitación psicosocial, hace referencia a una articulación entre el concepto de rehabilitación e integración social, y si bien, no existe una conceptualización clara, ésta suele denominarse como lo contrario a la farmacoterapia y psicoterapia (Fernández, M; González, J; Fernández, J; Eizaguirre, L, 1997), ya que, a diferencia de éstas últimas, que están ligadas principalmente a los factores biológicos que inciden en la enfermedad, se plantea la importancia de realizar actividades sociales con objetivos específicos e individualizados por persona con enfermedades mentales crónicas, para mejorar la autonomía que tienen en su entorno social inmediato.

Lo anterior, refleja que la rehabilitación tiene un significado único para cada persona y por lo mismo, diagnóstico y proceso de rehabilitación, deben

comprenderse de manera individual, por cuanto dependen de las posibilidades de cada individuo y del entorno que a él le rodea.

“La rehabilitación debe partir del principio de individualización teniendo en cuenta las características únicas de cada individuo, y basándose en una evaluación individualizada de sus necesidades...” (Gisbert; 2002:24).

La rehabilitación no es un proceso continuo, sino que pueden existir acontecimientos que causen tanto avances como retrocesos en diversas situaciones. De esta manera, se entiende que la rehabilitación psicosocial no es un proceso a corto plazo, sino que debe ser realizado durante un tiempo indeterminado y contar con la flexibilidad que permita la adecuación oportuna durante el transcurso de la intervención, siendo un proceso que debe contar con la perseverancia de los equipos de salud, los pacientes y todos los actores que participen de dicho proceso.

Otras definiciones sobre la rehabilitación psicosocial resaltan la importancia de la recuperación de roles sociales e instrumentales de los enfermos mentales crónicos, del aprovechamiento de las capacidades individuales y del establecimiento de un entorno lo más normal posible de manera de convertirlo en un soporte social sólido. Estas definiciones ponen en común el acento de que la rehabilitación debe ser del individuo en conjunto con el medio que lo rodea.

Como se puede observar no existe una definición consensuada sobre el significado de la rehabilitación psicosocial, pero se puede comprender que:

“La rehabilitación es más que una actividad, la rehabilitación es más que un espacio específico, la rehabilitación es más que unos recursos, la rehabilitación es más que un sentido de la ética. Desde la clínica la rehabilitación es más que una práctica”
(Rodríguez, F., 2010:7-8).

En definitiva, rehabilitación psicosocial designa un proceso complejo y dinámico que debe ser constantemente evaluado para que existan progresos significativos en la vida de las personas con enfermedades mentales.

A pesar de que no hay una forma única de definir la rehabilitación, existen lineamientos claros sobre los aspectos fundamentales que se deben resaltar en el proceso (Fernández, et al, op.cit.). Estos lineamientos son el soporte ideológico o ético de la rehabilitación psicosocial y muchos los denominan como una *“filosofía de atención”* (Gisbert, 2003).

Esta filosofía es influenciada por los movimientos de derechos humanos y los cambios de pensamientos sobre el concepto de “normalidad” y “anormalidad”. En primer lugar, plantea que debe existir una metodología de intervención, basada en la determinación de objetivos, la priorización, graduación y evaluación periódica con el fin de que exista flexibilidad en el proceso. Para esto, la rehabilitación se entiende como un proceso continuo, que permite lograr la efectividad esperada.

En segundo lugar, promueve la autonomía de los individuos como un objetivo de acuerdo a sus propias posibilidades, de manera que puedan desenvolverse en un ambiente normal. Lo que se logra con un apoyo

profesional, familiar y comunitario que no sea paternalista. Es decir, se basa en una intervención integral centrada en las habilidades de las personas y en el medio específico donde viven.

En tercer lugar, busca potenciar y orientar las capacidades que poseen las personas de manera de aprovecharlas al máximo posible, sin dejar la superación del déficit que también es fundamental en la rehabilitación. Esto implica el respeto por la autodeterminación de las personas que participan en la toma de decisiones del proceso rehabilitador, fomentando la implicación tanto del sujeto como de los involucrados indirectos.

Por último, se fundamenta en una actitud positiva frente a las posibilidades y potencialidades de desarrollo psicosocial de las personas con enfermedades mentales crónicas, es decir se cree firmemente en las posibilidades de rehabilitación e involucra a todos los actores del proceso en esta afirmación, ya sean los propios sujetos, profesionales, familiares y parte de la comunidad.

“La rehabilitación es una práctica con componentes técnicos que exige por ella misma que sean enmarcados en la ética, frente al neutralismo moral del profesional”
(Etxeberria, 2008:31).

En definitiva en las sociedades modernas, el proceso rehabilitador de personas con enfermedades mentales severas, se basa en una concepción amplia del desarrollo humano y de los derechos humanos, en donde lo fundamental es el sujeto y el respeto por su vida, por su autonomía y la promoción de actividades sociales tales como la educación, el trabajo, la

familia y otros que le permitan ser parte de la sociedad como un ciudadano más.

Todo lo anteriormente expuesto, permite hablar de la rehabilitación como un proceso mediante el cual las personas con discapacidad psíquica, obtienen la posibilidad de equipararse en el desempeño de sus roles en la sociedad, de acuerdo a sus propias características, habilidades y capacidades personales.

Por otra parte, una consideración fundamental en la rehabilitación psicosocial es el tratamiento, que debe adecuarse a las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de cada paciente, para superar su condición de discapacidad y enfrentarse a las barreras que se presentan en el proceso de reinserción social.

De acuerdo a lo anterior, entran en juego una diversidad de factores que deben tenerse en cuenta para asegurar que el proceso de rehabilitación sea efectivo, estos factores están directamente ligados a los déficits en el funcionamiento social y pérdida del desempeño social que presentan las personas con enfermedades mentales crónicas. Estos factores deficitarios según Blanco A. y Pastor A. son principalmente:

- Autocuidado, *“falta de higiene personal, deficiente manejo de su entorno, hábitos de vida no saludable, entre otros”*

- Autonomía, *“deficiente manejo del dinero, falta de autonomía en el manejo de transportes, nula utilización del ocio y tiempo libre, dependencia económica y mal desempeño laboral”*

- Autocontrol, *“incapacidad del manejo de situaciones de estrés, falta de competencia personal, entre otros”*.
- Relaciones interpersonales, *“falta de red social, inadecuado manejo de situaciones sociales, déficit en habilidades sociales”*.
- Ocio y tiempo libre, *“aislamiento, incapacidad de manejar el ocio, incapacidad de disfrutar, falta de motivación e interés”*.
- Funcionamiento cognitivo, *“dificultades de atención, percepción, concentración y procesamiento de información (Blanco A, y Pastor A, citado en Gisbert, 2002: 7-8)*.

De acuerdo a lo señalado, se sostiene que el objetivo de la rehabilitación psicosocial está directamente relacionado con la calidad de vida de los individuos.

“Mejorar la calidad de vida de estas personas y ayudarlas a asumir la responsabilidad de sus propias vidas y a actuar en la comunidad tan activamente como sea posible y a manejarse con la mayor independencia posible en su entorno social” (Gisbert, op.cit, 2002: 21).

Para dar cumplimiento a este objetivo, se necesitan programas y servicios de rehabilitación psicosocial que ayuden a las personas a recuperar y/o adquirir capacidades y habilidades necesarias para vivir y relacionarse en la

comunidad, brindándoles apoyo de un modo flexible y continuado para favorecer su integración en entornos sociales y familiares.

En síntesis, la estrategia de rehabilitación debe presentarse a través de un modelo holístico, que incorpore lo social, ya que sólo en un método de intervención comunitario se plantea no apartar al enfermo psiquiátrico de la sociedad ni recluirlo o aislarlo (González y Rodríguez, 2002). Por lo tanto, las sociedades modernas deben llevar a cabo acciones intersectoriales que sean efectivamente operantes y funcionales.

2.3.- El equipo de salud como actor fundamental

Los modelos de rehabilitación psicosocial o comunitarios, deben contar con la implicación de una diversidad de actores en el proceso, de manera que se realice de manera integral y con aportes explícitos o tácitos de una sociedad en conjunto.

“Apoyar la integración social de personas con discapacidad psíquica es un tarea compleja que requiere estrategias que involucran a distintos actores sociales”
(Flores; 2002:6).

Dentro de la multiplicidad de actores presentes en la rehabilitación psicosocial, las personas que pertenecen a los equipos de salud, son por excelencia rehabilitadores, y por lo tanto, todos deben jugar un papel preponderante en el proceso que inician las personas con enfermedades mentales severas. La importancia del contacto diario con los pacientes les otorga un valor agregado a su intervención, ya que muchas de las personas

con enfermedades mentales, no cuentan con una red de apoyo familiar que se implique de forma activa y contribuya positivamente en su rehabilitación.

El equipo de salud en su conjunto, es decir un equipo conformado por diferentes profesionales, técnicos e incluso familiares, debe conocer los objetivos que persigue la rehabilitación psicosocial por cada paciente, ya que todo espacio es un espacio rehabilitador en donde se deben reforzar las actividades para conseguir los resultados esperados.

“Es necesario que el equipo acuerde una única forma de ver la rehabilitación, una única base filosófica, que le dará un lenguaje común y una misma dirección para cada una de las intervenciones” (Fernández, M., et al, op.cit; 1997:96).

La Asociación Española de Neuropsiquiatría explica que los profesionales implicados en el proceso de rehabilitación juegan un papel importante para el cumplimiento de los objetivos, ya que un proceso exitoso depende en gran parte de la motivación, actitud, compromiso, formación y expectativas que tengan. Deben ser profesionales comprometidos, que demuestren respeto a los derechos de las personas con trastornos mentales y confianza respecto de las posibilidades y potencialidades de mejora e integración.

“El trato cotidiano con las personas con enfermedad mental sólo adquiere densidad moral cuando se expresa como práctica de virtudes tales como la esperanza, la humildad, la paciencia, la confianza, la constancia, la fortaleza, etc.” (Etxeberria; op.cit:36).

De acuerdo a los planteamiento de Liberman, el profesional que trabaja en rehabilitación debe tener “optimismo” de que el cambio deseado es posible dado la estructura de los principios del aprendizaje humano, debe “creer” que la motivación para el cambio puede venir de arreglos especiales de la rehabilitación del paciente y de los ambientes naturales como también del propio paciente, y por último debe tener “confianza” en que construyendo desde los intereses y motivaciones del paciente incluyendo el tratamiento de apoyo y ambientes familiares, aún pequeñas mejorías pueden conducir a cambios funcionales significativos, y elevar la calidad de vida del paciente (Liberman citado en Acuña, 1999).

Es por todo lo anterior, que los profesionales de la salud tienen una responsabilidad ética y moral con el proceso de rehabilitación, ya que son un elemento significativo y preponderante en la vida de cada individuo que está inmerso en un proceso de reinserción social.

2.4.- Del encierro a la intervención comunitaria

La “psiquiatría comunitaria” es una forma de intervención que pone acento en el tratamiento comunitario y social de las enfermedades mentales, se entiende que es una forma de pensar y de hacer diferente, que nace como respuesta al fracaso del modelo manicomial en la psiquiatría asilar y producto de avances significativos en el área de los derechos humanos, la farmacología y las técnicas psicoterapéuticas. Esta reforma en el tratamiento psiquiátrico pretende la desinstitucionalización de pacientes psiquiátricos y evitar la marginación de estos de la sociedad.

“Es una alternativa más eficiente y más ajustada a la ética, que la “Institucionalización”, parte del Modelo Clásico de la Psiquiatría Asilar, que tiene detrás, la idea de que el Enfermo Mental Crónico, es un sujeto que requiere de la separación de su medio habitual para ser contenido, protegido y custodiado” (Torres; 2001:5).

El aporte fundamental sugiere que es una forma de organización de la asistencia psiquiátrica, que se caracteriza en integrar programas dirigidos a la promoción de la salud mental, prevención de la enfermedad mental, tratamiento, rehabilitación e integración social de personas con enfermedades mentales (Ibid).

La organización de la asistencia psiquiátrica requiere del actuar activo de toda la comunidad en las acciones dirigidas a mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades mentales, entendiendo que debe abordarse desde un enfoque social participativo e intersectorial.

“El nivel de salud mental que alcanza cada individuo es resultado de la interacción, en los contextos de vida, de factores protectores y de riesgo. Por consiguiente, las acciones para mejorarlo y protegerlo, son responsabilidad de todas las instituciones y organizaciones públicas y privadas cuyas actividades se relacionan con las condiciones de vida de la población y la convivencia social” (MINSAL; op.cit: 11).

A partir de la necesidad de las acciones conjuntas, la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), hablan de la “Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC)” que tiene como objetivo asegurar que las personas con discapacidad aprovechen al máximo posible sus facultades físicas y mentales, beneficiándose de las oportunidades y servicios de la comunidad.

Esta base comunitaria busca asegurar la participación social de las personas con enfermedades mentales en ámbitos sociales, laborales, educativos, religiosos, culturales e incluso políticos y económicos. Para esto, se hace necesario formar una red social de atención que permita instancias de pertenencia en donde se acerque la comunidad al paciente y no se aisle por su condición de discapacidad frente al resto de la población.

La importancia de la construcción de redes sociales y la pertenencia a ellas, es que está relacionado con tener mayores niveles de salud mental (Flores, op.cit, 2002). Por lo tanto, las redes sociales favorecen la rehabilitación de personas con enfermedades mentales que han vivido discriminación y aislamiento social.

De acuerdo a estas afirmaciones, las distintas organizaciones dedicadas a la atención psiquiátrica proponen instancias de atención residencial y de soporte comunitario, como un aporte significativo a la rehabilitación basada en la comunidad. Estas instancias residenciales alternativas reciben el nombre de centros de atención comunitarios, hogares protegidos, clubes de integración social, y otras, y son espacios que permiten el dinamismo en la rehabilitación psicosocial de las personas con enfermedades mentales

severas. Son alternativas que favorecen un espacio propicio para el desarrollo de capacidades, habilidades sociales y la aparición de conductas adaptativas. De la misma forma, se muestran complementarias a otras iniciativas propuestas para la intervención de la rehabilitación en la comunidad.

CAPÍTULO III

LA PERCEPCIÓN

La percepción ha sido objeto de innumerables estudios científicos, principalmente desde la Psicología y la Filosofía. En la actualidad, se entiende básicamente como un proceso que permite a las personas captar, elaborar e interpretar información del entorno. A partir de este proceso, el sujeto va formando su propia realidad con aquella información que le llama la atención del ambiente y que capta a través de los cinco sentidos básicos.

3.1.- El complejo mundo de la percepción

En los primeros intentos de conceptualización, la percepción es vista como un acto netamente sensorial, restándole importancia a los factores sociales influyentes en el proceso y, dejándola minimizada en el ámbito de lo intra-individual.

*“La palabra percepción vienen de un verbo latino -percipere- compuesto de la preposición per y capio, que significa tomar, coger y comprender”
(Gutiérrez; 1860:139)*

Manifiestamente la percepción es un acto intersubjetivo, que permite tomar y comprender la información del entorno, no obstante, se debe considerar que la persona que percibe es un sujeto histórico, y por tanto en el proceso perceptual intervienen otros aspectos que derivan de la historia particular de cada individuo y del contexto determinado en que vive.

Vargas (1994), proyecta la percepción en su particularidad física y social, incorporando la selección y significación previa del sujeto ante el objeto percibido y su cruce con otros procesos cognitivos. Para dicho autor la percepción es un:

“Proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización” (Vargas; 1994:47).

De estas consideraciones se entiende que la percepción es un proceso único, que depende de la historia de vida de quien percibe, en donde se produce la construcción por parte del sujeto de su propio entorno, dependiendo de las expectativas, experiencias y conocimientos adquiridos con anterioridad. A partir de esta construcción subjetiva del mundo, los individuos se relacionan con las demás personas y con el entorno inmediato que los rodea.

“Percibir es una construcción del sujeto que deriva de la relación establecida entre el presente y el pasado; que depende de la habilidad y experiencia del perceptor para manejar esta relación” (Bayo; 1987:28).

El psicólogo cognitivista, Ulric Neisser, explica la complejidad del acto perceptual entendiendo que percibir es una decisión interesada y

comprometida del sujeto con el ambiente natural y cotidiano. A partir de esto, se entiende que existe una relación entre la estructura cognoscitiva que es aportada por el perceptor y lo que es aportado por el entorno.

Para muchos autores la estructura cognoscitiva es fundamental para comprender la percepción, ya que la experiencia y los recuerdos del sujeto son un aporte fundamental en el acto de percibir.

“La información que una persona trae consigo desempeña una función importante en la determinación del reconocimiento y de la percepción” (Bruce; 2005:7).

El conocimiento que adquiere el sujeto en el trascurso de su vida, va moldeando la imagen individualizada que tiene del mundo, por lo tanto no es una visión objetiva, sino una construcción cognoscitiva particular.

Otro intento de conceptualización más claro y sistemático sobre la percepción, se realiza por parte del movimiento de la Gestalt, de los científicos Wertheimer, Koffka y Köhler, quienes dan una primera aproximación a la comprensión de la percepción, explicando que no sólo se produce por actos sensoriales, sino que es un primer paso de la actividad mental.

De acuerdo a la teoría de la Gestalt, la percepción es entendida como un acto de conceptualización permanente.

“Los eventos del mundo externo son organizados a través de juicios categoriales que se encargan de encontrar una cualidad que represente de la mejor manera posible a los objetos” (Oviedo; 2004:92).

En este contexto, la percepción es concebida como una manera de ordenar mentalmente la realidad. Es decir, es un acto subjetivo, donde se produce una abstracción del mundo externo o de hechos relevantes (Op.cit, 2004), lo que significa que los sujetos se crean representaciones mentales del ambiente exterior y otorgan categorías conceptuales a las imágenes observadas.

Otros factores que influyen en el proceso perceptual dicen relación con la cultura y marco referencial del sujeto que percibe, ya que están presente de manera inconsciente en el momento de captar, elaborar e interpretar la información recibida del entorno.

Por este motivo, algunos autores han señalado que la percepción es bio-cultural, ya que depende por un lado de aspectos físicos y por otro de aspectos sociales.

“La percepción es bio-cultural porque, por un lado, depende de los estímulos físicos y sensoriales involucrados y, por otro lado, de la selección y organización de dichos estímulos” (Vargas: op.cit:47).

Las personas aprenden a seleccionar y organizar los estímulos desde la puericia y de manera inconsciente se presentan en la adultez al percibir el

mundo. Las pautas culturales aportadas por la sociedad y la familia van moldeando o regulando la forma de comportarse de los individuos y de alguna manera también afecta el modo de percibir de los sujetos.

“Las experiencias sensoriales se interpretan y adquieren significado moldeadas por pautas culturales e ideológicas específicas aprendidas desde la infancia” (Ibid).

En definitiva, el lugar que el sujeto ocupa en la sociedad, la cultura de origen, el nivel socio-económico, entre otros, son factores que también influyen al momento de percibir la realidad, ya que el sujeto se crea representaciones del mundo a partir de sus propias vivencias.

Como se mencionó anteriormente, a través de la percepción los sujetos se relacionan con el entorno inmediato, lo que le permite emitir juicios de la realidad que percibe, de los procesos y acontecimientos, de los objetos y de las personas, del mundo en general.

“Uno de los aspectos que ha sido privilegiado en los estudios tanto psicológicos como filosóficos sobre percepción es el de la elaboración de juicios, que se plantea como una de las características básicas de la percepción” (Ibid: 48).

La elaboración de juicios es también un proceso único, que se ve afectado por la multiplicidad de factores presentes en el proceso de percepción del individuo y que puede generar interpretaciones equivocadas y/o pre-juicios

frente a una determinada realidad, porque va a depender de la experiencia, motivaciones, valores, expectativas e intereses de los sujetos.

Cabe resaltar que la actitud, también es uno de los elementos que se desprenden de la percepción, ya que, si el proceso perceptual permite captar, elaborar e interpretar información del entorno, tiene una influencia directa en el comportamiento de las personas.

“Las actitudes se inscriben en la historia del individuo y, debido a ellos, pueden cambiar en función de sus experiencias personales” (De Montmollin; 1984:118).

Las actitudes se presentan en base a lo vivido por el sujeto, lo que de alguna forma, influye de manera dinámica sobre el comportamiento que tienen los individuos respecto de los objetos del mundo externo o frente a situaciones y/o circunstancias de la vida.

En suma, los conocimientos entregados por la historia particular de quien percibe, los juicios de opinión que realizan del mundo y las actitudes que tienen habitualmente, son componentes básicos en la percepción de los sujetos, las cuales permiten analizar la construcción que hacen de su propia realidad.

3.2.- Percepción y representaciones sociales

Como se puede observar los estudiosos de la percepción aseguran que es un proceso cognoscitivo que permite a los sujetos tomar información de su entorno y crearse una representación de la realidad. Desde la psicología

social se plantean novedosas formas de comprensión que incorpora con fuerza el componente social a la percepción e introduce el término de “representación social”.

Serge Moscovici (1979), entiende que la representación social es un proceso en el cual los individuos juegan un papel activo y creador de sentido. Es decir, que las representaciones son producto de las interacciones cotidianas de los sujetos, de sus experiencias previas y de las condiciones existentes en su entorno.

La representación, por lo tanto, permite al sujeto orientarse en el contexto social y material para dominarlo.

“...sistema de valores, nociones y prácticas que proporcionan a los individuos los medios para orientarse en el contexto social... un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios...” (Moscovici; op.cit:18).

La representación social permite al individuo crearse y construir una imagen del mundo en el que vive. De acuerdo a los planteamientos de Moscovici en su libro “El Psicoanálisis, su imagen y su público”, debe existir una unidad funcional que permita la estructuración de la representación que hace el individuo, esta unidad está dada como contenido por articulación de la actitud, la información y el campo de representación.

De acuerdo a este autor, la primera dimensión de la representación es la actitud, que hace referencia a los elementos afectivos de la representación y se relacionan con el comportamiento y la evaluación que hace el sujeto en torno al objeto percibido.

“Se manifiesta como la disposición más o menos favorable que tiene una persona hacia el objeto de la representación; expresa por tanto, una orientación evaluativa en relación con el objeto. Imprime carácter dinámico y orienta el comportamiento hacia el objeto de representación, dotándolo de reacciones emocionales de diversa intensidad y dirección” (Perera; s/d: 23).

La información por su parte, designa la relación del objeto representado en la conciencia con la cantidad y calidad de los conocimientos previos que tiene el individuo, lo que permite asignarle significado al objeto y dotarlo de contenido. Sin embargo, este contenido y significado no es explícito, es parcial, ya que el sujeto posee información desorganizada y/o en algunos casos insuficientes, lo que se traduce en un impedimento para comprender o entender completamente el objeto.

“Dimensión o concepto, se relaciona con la organización de los conocimientos que posee un grupo respecto a un objeto social” (Moscovici; op.cit:45).

Por tanto, representar constantemente el mismo objeto en la conciencia en diferentes situaciones del diario vivir, permite ir incorporando nuevos sentidos al objeto, nuevas formas de comprenderlo, nuevos datos y explicaciones.

Por último, el campo de representación -como tercer elemento constitutivo-, hace referencia a una idea de modelo, que genera un ordenamiento esquemático figurativo, lo que permite dar solidez y estabilidad a la representación, éste, está compuesto por cogniciones que dotan de sentido a los otros elementos presentes en el proceso, y dan significación al objeto representado.

“Nos remite a la idea de imagen, de modelo social, al contenido concreto y limitado de las proposiciones que se refiere a un aspecto preciso del objeto de representación”

(Ibid: 46)

Este modelo se caracteriza por vincularse directamente con las condiciones históricas del sujeto, las predisposiciones sociológicas e ideológicas y las pautas culturales de su grupo de origen, lo que permite un orden esquemático que es estable en el tiempo.

Por su parte, Denise Jodelet (1984), discípula de Moscovici, plantea la idea de que representación social *“es la representación de algo y de alguien”*, por lo tanto, es una manera por la cual los sujetos aprenden los sucesos de la vida diaria, en una relación con el mundo y con las cosas. Es así como el conocimiento del sujeto es espontáneo, ingenuo o de sentido común, porque nace a partir de su experiencia y de las informaciones y modelos de pensamiento que se obtienen de la tradición, la educación y la comunicación social. Se extrae de estos planteamientos que no es un conocimiento con bases científicas, sino netamente a partir de construcciones subjetivas y colectivas.

“... en la representación tenemos el contenido mental concreto de un acto de pensamiento que restituye simbólicamente algo ausente, que aproxima algo lejano. Particularidad importante que garantiza a la representación su aptitud para fusionar percepto y concepto y su carácter de imagen” (Jodelet; op.cit:476).

Concluyendo, Moscovici (op.cit) y Jodelet (op.cit), formulan que la representación como una imagen figurativa, no puede separarse de su aspecto signifiante, ya que la estructura de la representación tiene dos caras, una figurativa y otra simbólica. Esto quiere decir que, *“a toda figura corresponde un sentido y a todo sentido corresponde una figura”*, lo que permite reflexionar sobre la intervención del sujeto en la representación de algo, que no es sólo un reflejo del mundo externo, sino que es una construcción donde puede incorporar el imaginario individual y colectivo.

3.3.- Fenomenología de la percepción

Desde las ciencias sociales existen dos perspectivas teóricas que prevalecen en el entendimiento de la percepción; el positivismo y la fenomenología.

El positivismo, explica que la realidad es producto de un orden único y natural que debe ser descubierto y aceptado. Por tal motivo, el ser humano es un sujeto pasivo que no construye la realidad social, ni mucho menos es un actor relevante en los fenómenos sociales, ya que el conocimiento está dado con anterioridad. Esto quiere decir, que no permite espacio a la problematización del ser humano, ni a las discusiones dialécticas.

En cambio, la fenomenología busca entender los fenómenos sociales desde la perspectiva del actor social, que es quien percibe. En este sentido, el sujeto es protagonista ya que tiene una consciencia intencional o consciencia de algo que da las bases para construir los criterios de realidad y de objetividad. Así, la realidad que importa es la percibida por las personas. Esta corriente se centra en la comprensión de los problemas y los motivos que están detrás de las acciones.

“Es el estudio de las esencias y, según ella, todos los problemas se resuelven en la definición de las esencias: la esencia de la percepción, la esencia de la conciencia...”
(Merleau-Ponty; 1957: V).

El filósofo alemán Edmund Husserl, fundador de la fenomenología utilizó dicho término en el año 1913 en una de sus publicaciones. Él logra trascender el racionalismo cartesiano y el intelectualismo positivista, convirtiendo los juicios de la razón en relativos, en problemáticos.

Esto se debe a la incorporación de lo cultural en los procesos sociales, conceptualizando la realidad social como simbólica, como una realidad ínter subjetiva. De esta manera, el actuar frente a determinadas situaciones es producto de cómo experimentamos el mundo y, desde esa perspectiva otorgarle significados a las cosas.

Merleau-Ponty, va más allá y buscó demostrar que la percepción no era sólo resultado casual de las sensaciones experimentadas por el sujeto, sino que tiene una dimensión activa, ya que ésta representa una apertura al mundo.

Esta apertura es primordial porque existe una intencionalidad de percibir que está dada por el sujeto.

En este sentido, toda conciencia es intencional y *“toda conciencia es conciencia de algo”* como planteó Husserl, pero además Merleau-Ponty, concluye que *“toda conciencia es conciencia perceptiva”*, que es lo trascendental de la fenomenología.

“La reflexión nunca tiene bajo su mirada el mundo entero y la pluralidad de las mónadas desplegadas y objetivadas, y que sólo dispone de una perspectiva parcial y de una potencia limitada” (Ibid: 66).

Las personas al usar su conciencia perceptiva sólo tienen la posibilidad de experimentar una parte de la realidad, es decir, no se puede percibir la esencia del objeto o lo que sea que esté percibiendo. Esto sucede porque lo que se percibe es visto como un fenómeno desde el punto de vista del actor social, ya que la fenomenología estudia la aparición del ser ante la conciencia.

Para los fines de esta investigación la percepción es entendida como un fenómeno desde la perspectiva del equipo de salud de la Unidad de Psiquiatría Forense, es decir, desde sus propias vivencias como actor social, que se relacionan directamente con los pacientes psiquiátricos que residen en Hogares Protegidos Forenses. Este hecho los hacen sujetos relevantes ya que, desde su óptica particular dotan de sentido el proceso de rehabilitación a partir de la percepción.

SEGUNDA PARTE
MARCO REFERENCIAL

CAPÍTULO IV

MODELOS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL INTERNACIONALES: ORIGEN DEL PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA CHILE

En las últimas décadas se han generado y desarrollado diferentes modelos de rehabilitación psicosocial en diversos países, lo que ha permitido tener un bagaje amplio de conocimientos probados frente al tema.

Los modelos de rehabilitación incorporan -necesariamente- fases que permiten crear un proceso que asegure continuidad y efectividad. Los expertos distinguen diferentes fases en el proceso, sin embargo, se observa que los métodos utilizados son similares entre sí.

El modelo de Wassilenki -propuesto en Canadá mediante el proyecto "Salud Mental y Psiquiatría"-, establece los principales postulados del actual Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría de Chile (MINSAL, op.cit). Este modelo se sustenta en las mejores prácticas y evidencias de programas y servicios implementados en diversos países.

Los puntos fundamentales propuestos de este modelo, son:

En primer lugar, establece como meta "un sistema de servicios y ayudas equilibrada y eficaz", que se refleja en un proyecto que considera la efectividad de tratamientos y servicios para personas con enfermedades mentales, tales como esquizofrenia, trastornos del ánimo severos y trastornos orgánicos cerebrales.

En segundo lugar, busca “mejorar las prácticas”, por lo que es necesario desarrollar estrategias, programas y servicios que beneficien realmente a los enfermos mentales crónicos, asemejándose a evidencias de actividades y programas que han funcionado en otros lugares.

En tercer lugar, fomenta la integración, ya que genera programas que involucran a pacientes y familiares, subrayando la independencia del paciente psiquiátrico en su máxima expresión y duración posible.

En cuarto lugar, incorpora programas comunitarios con la implicación de otros actores, como el seguimiento de casos y tratamiento asertivo comunitario, los servicios de atención en crisis, las alternativas de hospitalización, los grupos de autoayuda familiar e iniciativas de los usuarios, entre otros.

Y por último, genera estrategias para que exista una política de salud mental integral, como las estrategias de política de salud mental; de dirección y financiamiento del sistema; de evaluación en distintos niveles; de recursos humanos; de una política equilibrada y de eficacia.

En Chile, la Dra. Julia Acuña, Médico Psiquiatra y actualmente profesora de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, ha rescatado mediante una investigación documental las mejores experiencias a nivel mundial.

Esta investigación, destaca tres modelos, que presentan diferencias de acuerdo a las políticas de salud mental de cada país, sin embargo comparten la esencia del enfoque comunitario.

4.1.- Una metodología de rehabilitación: las cuatro fases de Liberman

El modelo de David Liberman, propone que la rehabilitación de personas con enfermedades mentales es similar a aquella planteada en enfermedades somáticas y que a partir de esto, existirían cuatro niveles de complejidad en donde las enfermedades mentales inciden y originan diferentes efectos en los que se debe concentrar la rehabilitación:

En el primer nivel “Patología”, se observan anormalidades psicobiológicas del sistema nervioso, las cuales producen deficiencias cognitivas, de la atención y de funciones autonómicas y de regulación del nivel de alerta y del proceso de información.

En el segundo nivel “Impedimentos”, los síndromes psiquiátricos específicos pueden ser inferidos a través de la evaluación de los impedimentos cerebrales más básicos. En éstos se incluye el desorden del pensamiento, discurso incoherente, delirio, alucinaciones, pérdida de la concentración o memoria, ansiedad, depresión.

En el tercer nivel “Discapacidades”, se observa incapacidad para desempeñar roles y tareas esperadas en un medio social determinado, empobrecimiento de las habilidades de autocuidado, retraimiento y aislamiento social, abandono de responsabilidades familiares e incapacidad laboral.

Por último, el cuarto nivel “Desventajas”, señala que la discapacidad coloca a la persona en peores condiciones que los otros en el medio social, ya que la

sociedad no provee de ambientes especiales para personas con discapacidad.

En resumen, los cuatro niveles producen variabilidad en la enfermedad mental por lo que la rehabilitación debe entenderse como:

“La recuperación del funcionamiento social e instrumental de un individuo al mejor nivel posible, a través de procedimientos de aprendizaje y apoyo ambiental”
(Lieberman, citado en Acuña, 1999:7).

Los objetivos de este modelo para los pacientes, buscan alcanzar habilidades y ambientes de trabajo y de vida que sean compensatorios y por otra parte, ajustar los niveles de funcionamiento que sean realmente alcanzables. De acuerdo a estos objetivos, la rehabilitación debería comenzar necesariamente después de la estabilización del primer episodio que -generalmente- causa pérdida de funciones y roles sociales, y deben establecerse con el individuo.

Asimismo, los objetivos para los profesionales de la rehabilitación, buscan sostener la mejoría sintomática, establecer o re-establecer habilidades interpersonales y de vida independiente y ayudar al individuo a alcanzar una calidad de vida satisfactoria.

Para finalizar, hay que mencionar que el modelo de Lieberman, plantea la obligatoriedad de que todo proceso de rehabilitación debe incorporar una metodología clara pero flexible, que sólo se cumple con la ejecución de cuatro fases, las cuales son; diagnóstico psiquiátrico y evaluación funcional;

reducción de impedimentos; terapia de las discapacidades centrado en las personas con enfermedades mentales y terapia de las desventajas centrado en la intervención del medio social.

4.2.- El concepto de “Inhabilitación Social”

El segundo modelo, señalado por la Doctora Julia Acuña, es del autor John Wing, quien plantea el concepto de inhabilitación social.

Enfatiza que existe una compleja relación entre la persona enferma y el entorno social. Esto quiere decir, que no pueden considerarse sólo las limitaciones de personas con enfermedades mentales, sino también, las incapacidades del entorno social; ya que el contexto o ambiente generalmente es hostil y carenciado. También, se deben considerar las experiencias presentes antes de la aparición de la enfermedad y las reacciones personales adversas que se expresan en opiniones y reacciones, que en general ocurren alrededor del enfermo y pueden ocasionar más disminución psíquica.

De la misma manera, establece cinco pasos de rehabilitación a partir de los dos factores contextuales anteriores, que dan luces de la historia clínica del paciente, lo que permite iniciar el proceso de rehabilitación: 1) determinar la severidad y cronicidad de la inhabilitación social y sus principales causas (diagnóstico); 2) descubrir en los pacientes sus talentos a desarrollar; 3) trazar un plan de rehabilitación; 4) ofrecer ayuda idónea a pacientes y familiares; 5) seguimiento y actualización del plan.

Para los dos primeros pasos, se requiere de la existencia de una buena historia clínica, -esto es esencial para la rehabilitación-, ya que se deben observar las reacciones previas, éstas señalan posibles respuestas futuras. Lo anterior consiste principalmente en realizar una evaluación clínica para diferenciar síntomas agudos de crónicos, su relación con situaciones y medio ambiente, y precisar otros síntomas. Simultáneamente debe realizarse una evaluación social, para determinar factores ambientales que son perturbadores o dañinos, y las actitudes y respuestas del paciente ante éstas.

Este modelo considera necesario, evaluar en los dos primeros pasos las fluctuaciones y ajustes entre pacientes y familias, seguidos de una evaluación general de capacidades en áreas de deficiencias y potencialidades, como los aspectos laborales, domésticos, cuidado personal y ocio.

En cuanto al tercer paso, de la formulación del plan de rehabilitación, Wing señala que todo plan debe, en primer lugar determinar problemas focalizándolos y priorizándolos, para luego establecer metas reales que se fijan con los pacientes, parientes y otros interesados. Posteriormente se supervisa el progreso y se evalúa con los actores que participan, para ver si es necesario que se adecúen los objetivos. De acuerdo a esto, se establece como meta general “disminuir gradualmente la dependencia utilizando una variada gama de opciones o intervenciones”.

Para el cuarto paso, se debe hacer asesoramiento tanto a los pacientes como a sus parientes. En el asesoramiento de pacientes, es fundamental apoyar el entendimiento de éstos, acerca de factores que pueden empeorar

o mejorar su estado, establecer el impacto que causa el tratamiento farmacológico, identificar con ellos las situaciones que los hacen empeorar y desarrollar introspección con el objeto de que la rehabilitación sea un proceso en donde exista conocimiento y participación de los pacientes, ya que esto permite más probabilidades de progreso.

En el asesoramiento a los parientes, el equipo de salud debe estar observando y trabajando permanentemente con las personas con que vive el paciente. Se debe estar atento a la reacción que tienen frente al paciente, evitar excesos o falta de estímulos. Es fundamental, educar o reeducar tanto a los pacientes como a los familiares, de manera que exista un ambiente acogedor, sin críticas, con estímulo social y sin intromisión. Lo ideal es que la rehabilitación se encuentre dentro de las expectativas reales y que en este proceso se aprendan a usar los servicios médicos y sociales.

Los servicios de rehabilitación en distintos niveles, son fundamentales para la necesidad de continuidad que tiene el proceso de cada paciente, se requieren diversas unidades, con personal y funciones diversas. Esto quiere decir, que se necesita personal capacitado y con experiencia, que esté dedicado al asesoramiento y seguimiento de los programas, y que además sean lo suficientemente persistentes en el tiempo.

En resumen, este modelo plantea que el enfermo mental se encuentra inmerso en un medio social que está inhabilitado para enfrentar el proceso de rehabilitación, por lo cual, es necesario que se trabaje con una multiplicidad de actores sociales.

4.3.- Rehabilitación en tres dimensiones: La casa, el bazar y el trabajo

Finalmente, la Doctora Acuña (ibid) indica que el Modelo de Saraceno recalca la importancia de evidenciar que el concepto de rehabilitación es ambiguo e inespecífico, porque requiere de estrategias complejas y prácticas variadas que nacen de profesionales no médicos con fines de entretención para pacientes hospitalizados.

Saraceno, citado en Acuña (ibid), plantea que la rehabilitación para pacientes psiquiátricos nace a partir de otros modelos:

El modelo de entrenamiento de habilidades sociales: de origen conductista, destinado a reforzar habilidades sociales como la autogestión, autoayuda, conducción de los ambientes residenciales y laborales.

El modelo de potenciación de comportamientos sociales: con origen conductista menos rígido, se centra en programas individuales de competencias habitacionales, relacionales, laborales, de aseo y presentación personal.

El modelo Psicoeducacional: centrado en las familias de las personas con enfermedades mentales, busca aumentar el conocimiento de los familiares a través de terapias familiares, capacitación técnica y sesiones de resolución de conflictos.

El modelo de Ciompi: centrado en el concepto de expectativas de los trabajadores y del concepto de hipo/hiper estimulación. En este sentido, la

rehabilitación se desarrolla en el eje laboral y el eje casa. Ambos ejes pueden brindar una máxima protección o nada de protección.

De los modelos mencionados, se desprenden las estrategias rehabilitadoras que se refieren a tres dimensiones, que deben ser integradas y contextualizadas en todo modelo y sistema de atención psiquiátrica y salud mental.

La casa, el bazar y el trabajo, son las tres dimensiones que cobran sentido con la transformación de las leyes, políticas, recursos, formas de organización y estrategia del antiguo modelo de atención asilar.

Por una parte, explica que la casa debe ser un complejo basado en experiencias concretas de recuperación, en donde los sujetos y familias tengan el espacio necesario para reeducarse respecto de las enfermedades mentales, de manera que aprovechen las oportunidades que les brinda la vida cotidiana.

No obstante, el bazar hace referencia al concepto de red social y es el lugar donde la persona con enfermedad mental puede ser un sujeto participante y por lo mismo, puede reconocer como tal ante otros ciudadanos, singularizándose a través de su participación.

Por último, el trabajo es fundamental en el proceso rehabilitador ya que permite a las personas con enfermedades mentales, restablecer su funcionamiento social y vincularlo con la realidad social.

En síntesis, el Modelo de Saraceno mediante estos tres ejes tiene como objetivo el logro de la completa ciudadanía de los pacientes psiquiátricos, teniendo en cuenta el ámbito jurídico, político, civil y económico. Lo anterior implica la multiplicación de los factores protectores y la disminución de los factores de riesgo identificados, en donde se supere cualquier forma de institucionalización manicomial.

4.4.- Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría en Chile

En Chile surge el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría en un contexto de reflexión y sistematización de distintos actores -equipos de salud mental, profesionales, usuarios y familiares-, en torno al quehacer frente a las intervenciones del Estado hacia la salud mental. Este protocolo de atención es un consenso técnico en cuanto a las acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, las cuales deben orientar al Estado, y que tiene como propósito final el desarrollo humano de las personas que padecen enfermedades mentales.

“El Ministerio de Salud de Chile, en su decisión de adecuarse a las necesidades de la población a la que sirve, ha venido desarrollando acciones dirigidas a la salud mental, especialmente a partir de 1990, durante el Gobierno democrático que sucede a la dictadura militar”
(MINSAL; op.cit:2).

Los antecedentes relevantes para la elaboración del Plan Nacional, se basa en las distintas condiciones de la vida moderna que se introducen rápidamente en Chile, tanto por la conectividad mundial o el proceso de

globalización, ya que estos han generado alteraciones en la salud mental causando estrés y depresión. Estas dos últimas enfermedades son características del medio social chileno en la dimensión sanitaria, acumulando factores de riesgo que son exógenos a la herencia genética y los factores biológicos.

“Las enfermedades no transmisibles vinculadas a estilos de vida, entre ellas muchos trastornos mentales, constituyen ahora el principal desafío para lograr mejorías en morbilidad y en la calidad del mayor número de años de vida” (Ibid: 2).

Los valores fundamentales en el cual se basa el Plan, son el desarrollo humano que está orientado a personas, grupos y al ambiente; acceso universal geográfico, económico y socialmente, con financiamiento asegurado para toda la población; considera e integra las características y aportes de grupos con culturas minoritarias. Por otra parte, involucra la participación activa y responsable del paciente y sus familiares en una relación interpersonal, informada, basada en el respeto mutuo; y confianza entre estos y el profesional o equipo responsable.

El enfoque técnico reconoce la dimensión biológica, psicológica y social de las personas, éste debe ser oportuno y continuo, con alta calidad técnica y humana. Utiliza enfoques comunitarios, privilegiando la atención ambulatoria y promoviendo y apoyando las capacidades de las personas y grupos organizados, integrando acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en cada actividad.

Las acciones son deliberadamente educativas y participativas, actualizando sus intervenciones de acuerdo a los avances científicos y la evidencia.

Los criterios de calidad en la atención, deben ser continuos en el tiempo y a lo largo de la vida, privilegiando el seguimiento por un mismo profesional o equipo. Todas las personas reciben un número y tipo de atención de acuerdo a sus necesidades y se realiza si es necesario fuera de los establecimientos de salud. Para esto, los usuarios y los equipos participan regularmente en la planificación y evaluación de las acciones.

El Plan contempla un soporte organizativo, en donde los servicios se articulan en una Red con responsabilidad para con una población y en un ámbito geográfico definido, cuyo eje es el Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatorio. De esta manera, permite integrar equipos multidisciplinarios en cada dispositivo de la red e integrar acciones de servicios públicos, de organizaciones de usuarios y familiares, O.N.G. y privados.

En relación al marco administrativo, los dispositivos de la red de prestadores públicos tienen, preferentemente, la misma dependencia administrativa y técnica. Para aquello, utiliza la planificación estratégica y actividades que se monitorean permanentemente.

En cuanto a las estrategias que plantea el plan, es prioritaria la participación intersectorial en acciones de promoción de la salud mental, que hayan demostrado ser potencialmente efectivas, realizadas en los espacios naturales de convivencia y a través de la comunicación social.

La intersectorialidad se complementa con poner al alcance de las personas el conjunto de intervenciones/acciones que han demostrado el mayor costo-efectividad en la prevención, tratamiento y rehabilitación de cada tipo de trastorno mental. Las atenciones aisladas, aún cuando cada una tenga la calidad suficiente, pueden no ser resolutivas si no responden a una estrategia sanitaria integral.

Esta estrategias sólo se conciben proporcionando, incentivando y apoyando técnicamente un soporte financiero a las agrupaciones de usuarios y familiares para reforzar sus propias capacidades de autoayuda, facilitándoles el control social y colaboración en la calidad de atención, la protección de los derechos de los pacientes, la presión social para el aumento de los recursos sectoriales e intersectoriales y como proveedores.

Junto con lo anterior, las estrategias deben privilegiar las intervenciones preventivas y tempranas que deben ser realizadas por profesionales y técnicos del equipo de salud general, reservar los recursos especializados ambulatorios para la asesoría al nivel primario y atención de los casos más complejos y restringir la institucionalización al máximo que resulte adecuado para el paciente, su familia y la comunidad.

Para favorecer la desinstitucionalización se descentraliza el servicio, reforzando y creando equipos especializados de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria, con la responsabilidad de dar respuesta a las necesidades de una población definida, de alrededor de 50.000 personas, equipos que entregarán esta atención desde el establecimiento más adecuado y de más fácil acceso para las personas.

Asimismo, se potencian estrategias para desarrollar actividades regulares para la coordinación en red de los dispositivos para la hospitalización, cuidado residencial, cuidado diurno, programas de rehabilitación, reinserción social, tanto institucionales, como comunitarios o privados, cuyo eje es el equipo especializado ambulatorio.

Para dar cumplimiento a lo anterior, es necesario abrir canales estratégicos informativos, difundiendo guías clínicas y protocolos actualizados en base a la evidencia para orientar las acciones más costo-efectivas que debe realizar cada servicio, dispositivo o establecimiento de la red local, de modo de lograr la más adecuada utilización de los recursos en beneficio de las personas.

En el marco de estas consideraciones, otra estrategia busca evaluar de forma sistemática la eficiencia de la red, en cuanto a satisfacción de usuarios y prestadores y de indicadores, tales como, nivel de información y comprensión que tiene el paciente y familiares acerca de su tratamiento; tiempos de espera; tiempos de traslado; continuidad del equipo tratante.

Finalmente, las estrategias deben incorporar las actividades del programa a los sistemas de programación y financiamiento de la atención primaria y a la facturación de los establecimientos del sistema público institucional, en forma flexible, de acuerdo a los recursos de la red local de servicios, y al sistema de libre elección de FONASA, ISAPRES y MUTUALES.

4.5.- La intersectorialidad del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría

El listado de necesidades amplias y complejas supera el ámbito de responsabilidad del sector salud y deben, por tanto, ser abordadas desde una perspectiva intersectorial, en donde los recursos y capacidades de distintos sectores del Estado se conjuguen adecuadamente. Sin embargo, sin la participación activa de las personas con enfermedad mental, de sus familiares y de la comunidad en general no es posible la satisfacción de este conjunto de necesidades.

Al sector salud le corresponde responder a todas aquellas necesidades relacionadas con el manejo de la patología, a través de acciones tales como: tratamiento especializado, acciones de rehabilitación, cuidados generales de salud, apoyo emocional y apoyo a la vida en comunidad.

Gran parte de las necesidades específicas de las personas con discapacidad de causa psíquica requieren de acciones de otros sectores del Estado y de la propia comunidad, sin las cuales las intervenciones propias de salud no serían eficientes.

En este sentido, es también responsabilidad del sector salud el impulsar un trabajo intersectorial que permita que otros sectores del Estado asuman su responsabilidad en acciones tales como: apoyo familiar, programas habitacionales, programas de inserción laboral, programas recreacionales, programas de transporte y comunicaciones; y finalmente programas de educación y capacitación.

La evidencia nacional e internacional demuestra que es posible mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad de causa psíquica, para lo cual se requiere, además de los tratamientos psicofarmacológicos, de una red de apoyo social de tipo comunitario en la cual, tanto las condiciones ambientales como el comportamiento social de la familia y de la comunidad, influyan positivamente en la estabilidad y calidad de vida de las personas con trastornos mentales.

Hay que señalar que la discapacidad psíquica, al expresarse a nivel de las relaciones sociales, será a través de la interacción con otras personas y organizaciones la forma en que se reactivarán y desarrollarán capacidades.

La confluencia de las múltiples iniciativas sectoriales para la satisfacción de estas necesidades tiene como lugar natural al espacio comunal, ya que es la unidad territorial básica donde se desarrolla la vida social y, por lo tanto, es imprescindible considerar las capacidades que tienen las Municipalidades para concretar programas específicos en beneficio de su población.

CAPÍTULO V

LOS HOGARES PROTEGIDOS FORENSES DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO DR. JOSE HORWITZ BARAK

El Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak es una Institución Pública que depende administrativamente del Ministerio de Salud, específicamente del Servicio de Salud Metropolitano Norte, mientras que en el ámbito jurídico depende de la Ley 19.937, “la cual modifica el D.L. N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana”.

Éste se encuentra ubicado en Avenida La Paz N° 841, Comuna de Recoleta, mientras que el Servicio de Psiquiatría Forense se encuentra ubicado en Av. La Paz N° 850, Comuna de Independencia, Santiago de Chile. Dentro de los objetivos que plantea el Instituto Psiquiátrico se encuentra: “Ser el mejor centro de atención psiquiátrica y de formación de especialistas del país”.

Los objetivos específicos que considera este centro de salud mental, es en primer orden, *“integrar y promover el desarrollo de la Red de Atención Psiquiátrica y de Salud Mental del Servicio de Salud Metropolitano Norte en todos los niveles de atención”*. En segundo orden, *“otorgar atención psiquiátrica y de salud mental integral de mediana y alta complejidad, a usuarios del Servicio de Salud Metropolitano Norte, prioritariamente pertenecientes al sistema público de salud”*. En tercer orden, *“otorgar atención de alta complejidad a beneficiarios de los Servicios de Salud del país que lo requieran, integrando a la Red Nacional de Atención Psiquiátrica”*

y Salud Mental". Y en último orden, *"formar profesionales como especialistas en atención psiquiátrica y salud mental"*.

5.1. Servicio de Psiquiatría Forense

El Servicio de Psiquiatría Forense, es una unidad perteneciente al Instituto Psiquiátrico, que trabaja con personas que se han visto enfrentadas a conflictos con la justicia, orientando su quehacer en dos grandes áreas de atención; Evaluación de individuos que presentan alguna enfermedad mental a objeto de realizar pericias que determinen si al momento de cometido el ilícito actuó afectado por su patología de base; Atención en sistema de hospitalización a aquellas personas que habiendo cometido delito son sobreseídos, es decir, el tribunal que llevaba su causa estimó de acuerdo a la investigación y evaluación, eximirlo de responsabilidad penal de acuerdo al Art. 10, Nº1 del Código Procesal Penal.

5.2. Hogares Protegidos Forenses

En consecuencia con el Servicio de Psiquiatría Forense, donde se desprenden los bloques de evaluación y posteriormente el de atención de pacientes, se encuentra el área de hospitalización, que contempla una alternativa residencial, para aquellos pacientes que se encuentren compensados y sin red familiar. Esta instancia, se denomina Hogar Protegido, de los cuales 8 se ubican en la Región Metropolitana: 7 en Santiago en las comunas de Independencia y Recoleta; y 1 en la comuna de Batuco.

Si bien no existe una normativa explícita para Hogares Protegidos Forenses, estos se rigen bajo la Norma Técnica para hogares protegidos en general, por lo que no se hace distinción entre tipo de pacientes, tratamiento y rehabilitación.

Como se mencionó, los hogares son conceptualizados como una instancia residencial alternativa, para personas con discapacidad de causa psíquica, que no tienen las habilidades para vivir en forma independiente y no cuentan con red familiar. Estos deben garantizar una dinámica de funcionamiento que tienda a asemejarse lo más posible a las relaciones que se establecen en cualquier grupo humano que habitan una residencia común, es decir, fomentar la participación (promoviendo la expresión de afectos, ideas y opiniones), el respeto, la tolerancia y las relaciones afectivas.

El objetivo de un Hogar Protegido es integrar las necesidades habitacionales con las necesidades de apoyo y seguridad que requieren las personas con discapacidad psíquica, contribuyendo además al proceso de entrenamiento de las habilidades que se relacionan con su funcionamiento social. De este modo, el Hogar Protegido debe tender a favorecer la autonomía de cada paciente.

La procedencia de las personas que ingresan a estos hogares puede ser desde Hospitales Psiquiátricos o Servicios de Psiquiatría de Hospital General, Servicios de Psiquiatría Ambulatorios, o bien, provenir de otros componentes de la red asistencial.

El proceso de selección de los residentes debe ser realizado conjuntamente por el equipo técnico con los propios beneficiarios (residentes y postulantes) y sus familias en caso que corresponda. Entre los criterios de selección debe considerarse que los postulantes sean discapacitados de causa psíquica, no tengan las habilidades necesarias para vivir en forma independiente, no cuenten con el apoyo de sus familias para vivir con ellas, no presenten problemas asociados al consumo actual de alcohol y otras drogas, y que estén compensados psicopatológicamente.

5.3. Norma Técnica de los Hogares Protegidos

De acuerdo al grado de cuidados requeridos por los residentes, los Hogares Protegidos contarán con; *apoyo permanente las 24 horas del día; apoyo nocturno, apoyo algunas horas al día; Y, apoyo algunas horas a la semana.*

Este tipo de apoyos deben ser flexibles e ir adaptándose a las variaciones en las necesidades de cuidados de los residentes. En este sentido, un Hogar que comience con apoyo 24 horas al día podrá transformarse en Hogar de cuidado parcial, en la medida que sus residentes vayan adquiriendo las habilidades necesarias.

En ningún caso podrá trasladarse a un residente de un Hogar a otro, por el hecho de que sus necesidades de cuidados varíen, ya sea que éstas aumenten o disminuyan. En dichos casos deberán adaptarse los cuidados a las necesidades de las personas.

La implementación y operación de Hogares Protegidos requiere de la estructuración de un soporte organizacional que oriente y facilite el logro de

los objetivos de esta instancia residencial. Este soporte, debe estar compuesto de, a lo menos, un equipo técnico y administradores.

Los roles y funciones de cada instancia del soporte organizacional serán, al menos, las siguientes:

En primer lugar, un *Equipo Técnico*, es decir, un equipo multidisciplinario, dependiente de la Unidad de Salud Mental de la Dirección del Servicio de Salud, compuesto por representantes de la Red Asistencial, de la Unidad de Salud Mental, de Agrupaciones de Familiares, de Agrupaciones de Personas discapacitadas de causa psíquica y de Organizaciones Administradoras de Hogares. Es una instancia de carácter técnico, encargada de definir lineamientos conceptuales, asesorar y supervisar la implementación de Hogares Protegidos y supervisar y monitorear su funcionamiento. Esto último se debe realizar preferentemente a través y en coordinación con el Equipo de Salud de Atención Primaria y/o Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria.

Las funciones del Equipo Técnico son; a) Promover el desarrollo de Hogares Protegidos, difundiendo sus objetivos, características, proyecciones y necesidades; b) formular orientaciones técnicas destinadas a establecer las características y funcionamiento óptimo de los hogares; c) apoyar y supervisar la gestión administrativa; d) supervisar el cumplimiento de las normas y orientaciones técnicas, en coordinación con las instancias de salud existentes según las realidades del nivel local; e) establecer coordinación intersectorial entre los distintos actores que participan en la implementación, desarrollo, operación y evaluación de los hogares; Y por

último, f) realizar trabajo intersectorial que facilite el desarrollo de los hogares.

En segundo lugar, el *Administrador*, que es la persona natural o jurídica, pública o privada, responsable de la administración de los Hogares Protegidos, a nivel financiero y de gestión, debiendo ocuparse de todos aquellos aspectos relativos a la operación de cada uno de los hogares.

Las funciones específicas de los administradores son: a) firma de convenios con las instancias respectivas en los cuales se especifican las responsabilidades administrativas; b) asistencia a reuniones de coordinación técnica; c) recepción de fondos; d) control de gastos de acuerdo a ítems pre-establecidos; e) procurar lugares de residencia y equipamiento de las viviendas, resguardando los requisitos básicos de seguridad establecidos en la legislación de vivienda y seguridad vigente; f) mantención de la casa – habitación; g) cautelar el buen uso de los bienes adquiridos de acuerdo con los fines establecidos en los convenios; h) contratación de cuidadores, responsabilizándose tanto de su idoneidad como de los aspectos contractuales y legales; i) procurar apoyo, supervisión y capacitación a los cuidadores contratados.

De la misma forma, es de responsabilidad de los administradores procurar el apoyo y supervisión a los residentes en los hogares de acuerdo a las necesidades individuales que cada uno de ellos presente, para lo cual contrata cuidadores. La contratación de profesionales o técnicos de salud no procede ya que se contrapone a la idea de Hogar, a menos que asuman las funciones del cuidador.

En tercer lugar, los *cuidadores*, que son los que supervisan y apoyan a los residentes en áreas tales como autocuidado, autonomía doméstica, interacción social, conductas instrumentales, estructuración de rutina, integración comunitaria con instancias de salud, servicios sociales y organizaciones comunitarias.

Las funciones de los cuidadores son las siguientes; a) observación activa de los residentes; b) estimulación para desarrollo de conductas; c) asistencia directa en aquellas áreas de mayor discapacidad de los residentes; d) velar por la seguridad de los residentes en el Hogar; e) responsabilizarse de que las reparaciones necesarias en infraestructura o equipamiento sean hechas oportunamente; f) reconocimiento del entorno comunitario; g) contacto con instancias o personas de acuerdo a los intereses y necesidades de los residentes.

5.4. Perfil del paciente del Servicio de Psiquiatría Forense

Los pacientes del Servicio de Psiquiatría Forense, son de estrato socioeconómico bajo en su mayoría y pese a ser un Centro de Referencia Nacional no existe discriminación cuando se trata de una orden de hospitalización. Al tratarse de personas que ingresan con orden judicial, las familias no tienen alternativas de elección.

Si bien este es un problema a nivel nacional se presume que se trata de un problema asociado a la falta de información de las familias y comunidades respecto a temas de salud mental, proporcional al nivel de educación, el acceso a los servicios básicos, las prioridades familiares, la centralización, la exclusión social, entre otros.

Es por esta misma condición de origen que los pacientes se ven en ocasiones obligados a permanecer por más tiempo del que corresponde en el Servicio Forense, al no disponer de los medios económicos para mantenerse por sí mismos.

A esto se le suma, en la mayoría de los casos la inexistencia de redes familiares de apoyo en el proceso de rehabilitación, ya que muchos provienen de familias disfuncionales y/o están imputados o fueron sobreseídos por delitos que tienen que ver directamente con daños a la familia.

Durante la infancia y adolescencia muchos de los pacientes psiquiátricos fueron víctima de discriminación e incompreensión respecto a la enfermedad mental, todo esto por el bajo conocimiento de estas patologías en las comunidades en que vivían.

Antes de la Reforma Procesal Penal, (2005), los pacientes en su mayoría habían permanecido por años en los recintos penitenciarios, en espera de cupos en el Departamento Judicial del hospital, por lo que al ingresar a la Unidad de Psiquiatría Forense y a los Hogares Protegidos, no estaban compensados farmacológicamente y además habían incorporado conductas carcelarias.

Un porcentaje considerable de los pacientes no tiene hábitos desarrollados en el ámbito de la higiene y presentación personal, así como del cuidado del medio en que viven.

En su mayoría los pacientes no han finalizado sus estudios de enseñanza básica y media, existiendo una cifra importante de analfabetos. Sin embargo, hay casos excepcionales de pacientes que han finalizado incluso la educación superior.

Si bien en el Servicio de Psiquiatría Forense los pacientes son atendidos en todas sus necesidades básicas de hospedaje, con ingresar no se resuelve su situación completamente, ya que hay carencia de vestimenta y útiles de aseo, considerando que muchos de ellos dependen de sus familias por no tener ningún tipo de pensión, o en su defecto de lo que les entrega el propio Instituto a través de donaciones (para su apariencia física), se da prioridad a la intervención clínica y farmacológica.

En la Unidad de Psiquiatría Forense, la prevalencia de patologías en los pacientes son: Esquizofrenia (71%); Daño Orgánico Cerebral (15%); Trastorno afectivo bipolar (8%); Retardo mental (3%); Epilepsia (2%) y Depresión (1%).

5.5. Proyecto “Juntos Construimos un Sueño”

El Proyecto Juntos Construimos un Sueño, creado en el año 2008, busca reintegrar socialmente a residentes de tres Hogares Protegidos Forenses de las comunas de Recoleta e Independencia, a través de una intervención interdisciplinaria tanto dentro de los Hogares Protegidos como en la comunidad circundante a ellos.

Las actividades que se proponen están a cargo de alumnos en práctica de diferentes carreras: Trabajo Social, los cuales centraran sus labores en un

trabajo de reactivación de los residentes a través de talleres, la generación de encuentros entre residentes y vecinos; Educación Diferencial, quienes deberán desarrollar todas aquellas habilidades y destrezas pedagógicas que los pacientes requieren; Y Psicología, quienes se encargarán de reforzar las capacidades personales, afectivas y sociales de los residentes como también, reforzar y responder dudas e incertidumbres de la comunidad frente a la reinserción y a la Enfermedad Mental.

El Trabajo de los alumnos en práctica se encuentra coordinado y centrado en los objetivos centrales del proyecto. Para facilitar el proceso se crearon equipos de trabajo Interdisciplinarios, formados por 6 alumnos aproximadamente por hogar.

Otros, realizan actividades con los vecinos y el territorio, para posteriormente trabajar conjuntamente en la intervención al interior de la comunidad, en el contacto directo con los vecinos y con otras instituciones que puedan prestar apoyo al proyecto en una labor de carácter psicoeducativo, con la finalidad de facilitar los procesos de integración.

El objetivo general del proyecto es, *“Apoyar la rehabilitación de los pacientes psiquiátricos forenses que residen en hogares protegidos mediante la activación y reinserción en la red local y en la comunidad”* (Servicio Psiquiatría Forense, 2008: 5).

Y los objetivos específicos son:

Identificar las habilidades personales y grupales de los pacientes (Resiliencia) para generar propuestas de trabajo.

Desarrollar propuestas de trabajos que estén orientadas a la activación de los pacientes.

Potenciar las habilidades sociales de los pacientes que favorezcan la convivencia entre residentes al interior del hogar.

Reactivar a los residentes de los Hogares protegidos a la realización de actividades y a la potenciación de habilidades propias.

Establecer las necesidades particulares de cada hogar, en torno a una reintegración social con sus vecinos.

Pesquisar las inquietudes y miedos de los residentes frente a la posibilidad de reinsertarse socialmente.

Generar actividades de fortalecimiento y motivación con los residentes de los hogares protegidos, en torno a la idea de reinsertarse socialmente.

Generar redes de apoyo Municipal y comunitario donde los pacientes puedan insertarse y comenzar su proceso de participación social (Ibid:6).

En síntesis el proyecto “Juntos Construimos un Sueño”, centra su atención en mejorar la calidad de vida de los residentes de hogares protegidos, apoyándose en actores relevantes en la sociedad como son los estudiantes en práctica de diferentes Universidades y carreras, visualizándolos como un recursos humano flotante que debe aprovecharse como insumo en el proceso de rehabilitación y reinsertión social.

TERCERA PARTE
PRESENTACIÓN Y ANALISIS

CAPÍTULO VI

AVANCES EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS EN HOGARES PROTEGIDOS FORENSES

El análisis que se presenta a continuación se elabora a través de la información obtenida durante la aplicación de entrevistas en profundidad a 24 trabajadores del equipo de salud, de la Unidad de Psiquiatría Forense del Hospital Psiquiátrico José Horwitz Barak. De los cuales, 18 son funcionarios de trato directo en los Hogares Protegidos Forenses y 6 son profesionales (Terapeuta Ocupacional, Trabajador Social, Enfermera y Psicólogo).

El instrumento aplicado tiene como objetivo determinar los avances del proceso de rehabilitación de los pacientes psiquiátricos que residen en los Hogares Protegidos Forenses, detectando una serie de obstaculizadores y facilitadores, a partir de los relatos y visión del equipo de salud.

Para este estudio, el proceso de rehabilitación será entendido como un proceso mediante el cual las personas con enfermedades mentales logran integrarse a la sociedad a través de acciones relacionadas con el manejo de la patología que corresponden al sector salud y de acciones de otros sectores del Estado y la Comunidad, sin las cuales no serían eficientes las intervenciones del sector salud.

Los avances del proceso de rehabilitación de los pacientes psiquiátricos se analizarán en torno a las siguientes dimensiones correspondientes al sector salud: Tratamiento especializado; Acciones de rehabilitación; Cuidados generales de la salud; Apoyo emocional; y, Apoyo en la vida en comunidad.

Asimismo, de acuerdo a las dimensiones correspondientes a otros sectores del Estado: Apoyo familiar; Programas habitacionales; Programas de inserción laboral; Programas recreacionales; Programa de transporte y comunicación; y, Programa de educación y capacitación.

6.1.- Obstaculizadores del proceso de rehabilitación

1.- El primer obstaculizador identificado, guarda relación con el funcionamiento del equipo de salud, el cual se subdivide en tres aspectos:

a) Inexistencia de un enfoque multidisciplinario: se refiere a que el Equipo de Salud no contempla un enfoque integral de atención, es decir, no se cuenta con un equipo multidisciplinario que intervenga en el proceso de rehabilitación.

Si bien el servicio cuenta con distintos profesionales del área de la Salud y las Ciencias Sociales, no se observa un trabajo integrado que incluya objetivos y metas claras para una intervención efectiva, ya que existe un distanciamiento en el quehacer de cada profesional, que tiene que ver con la particularidad del propio campo de acción.

Si se refiere al Equipo de Salud como una integración organizada, adecuada a cada lugar, sostenida en una actitud de cooperación, se rompe con lo cotidiano de trabajar o asistir, sin omitir la acción de “trabajar con otros” (Romano, Novoa, Gopar, Cocco, De León, Ureta y Frontera, 2007). Por lo cual, la evidencia recopilada, tanto en terreno como en los relatos, demuestran la necesidad de los entrevistados -especialmente los funcionarios de trato directo-, de recibir apoyo de un equipo que considere

distintos profesionales, ya que son éstos los que tienen un conocimiento con mayor especificidad y por consiguiente, son los más idóneos para apoyar el proceso de rehabilitación.

“Necesitamos más ayuda para poder rehabilitarlas más rápidamente, que son el kinesiólogo, el terapeuta, o la misma doctora que venga a verlas acá, para que vea como están ellas en cada una de sus piezas”
(Entrevistado N°1).

Cabe decir que, cuando se aborda un trabajo de intervención tan complejo como la rehabilitación de pacientes psiquiátricos, se requiere que el Equipo de Salud se encuentre cohesionado con todos sus integrantes, compartiendo una base conceptual, con una idea colectiva de lo que se espera de la intervención y como llegar a la meta, estableciendo estrategias y prioridades para el cumplimiento de dicho fin. De acuerdo a esto, el trabajo en equipo requiere tres dimensiones: cuidar, cuidarse y ser cuidado, estableciendo estrategias que permitan participar en las decisiones y en el desarrollo de un proyecto en común con otros, donde los miembros piensen, reflexionen e intercambien cursos de acción para una mejor atención de los pacientes” (Inglott, 1999).

De este modo, el trabajo de los profesionales en los hogares, no puede focalizarse ante la presencia de un hecho particular que movilice la intervención multidisciplinaria, empero, es la realidad que se vive en la Unidad de Psiquiatría Forense y en los Hogares Protegidos. Los profesionales reconocen que las intervenciones son “en base a las

contingencias” que se presentan, sin establecer tácticas determinadas e incorporadas como una normativa general de tratamiento y rehabilitación.

“Tiene que haber acá un equipo más comprometido, que este de distintas áreas interviniendo y elaborar un programa serio de trabajo”
(Profesional, entrevistado N°21).

Junto con lo anterior, es pertinente mencionar que hay trabajadores del equipo de salud que no están dispuestos a trabajar activamente en el proceso de rehabilitación de los pacientes, porque consideran que desarrollar psicoterapias y/o actividades al interior de las residencias, es una labor que escapa a sus responsabilidades.

“No, nosotros no vamos a los hogares, ellos vienen para acá, este es nuestro lugar de trabajo (Servicio de Psiquiatría Forense). Ellos vienen para acá, yo no voy a los hogares a hacer talleres, eso es extra, no es nuestra pega” (Profesional, entrevistado N°9).

De acuerdo a lo expuesto, se puede deducir que dicha situación se debe a la falta de compromiso, interés profesional y delimitación que ejercen en su propio campo laboral, ya que tienden a responsabilizar a otros profesionales sin contemplar el modelo holístico de intervención, en donde la realización, por ejemplo de psicoterapias, es una de las tareas que se deben desarrollar por el equipo de salud en conjunto y a partir de criterios definidos en las planificaciones.

“Cada profesional tiene su función bien clarificada y dentro de algunas funciones del equipo profesional que está acá, está el realizar psicoterapias, o sea, no se trata de que el paciente tenga que hacer el llamado de atención, si no que el profesional debiera encargarse de hacer la pesquisa” (Profesional, entrevistado N°21).

A partir de ambas citas expuestas, se puede visualizar una incongruencia en los distintos puntos de vista de los profesionales, ya que, mientras unos plantean que los usuarios son los que deben acercarse a la Unidad de Psiquiatría a expresar sus necesidades sentidas, otros indican que la acción de los profesionales debe ser preventiva es decir, estar presente antes de la contingencia.

Si se refiere al contenido explícito de la Norma Técnica de los Hogares Protegidos sobre las acciones relacionadas con las responsabilidades del equipo de salud, en donde se establecen una serie de tratamientos especializados, que están orientados a la realización de psicoterapias individuales y familiares, al desarrollo de habilidades y destrezas; y apoyo emocional reforzando diferentes áreas, se observa que, no se reconoce la responsabilidad para desarrollar estas acciones, ya que queda sujeto al criterio del profesional a cargo, sea este, Psicólogo, Trabajador Social o Terapeuta Ocupacional.

“Para lo único que nos hemos reunido como equipo de trabajo, que ni siquiera vinieron todos, fue para decirnos que vamos a trabajar solos de noche” (Entrevistado N°15).

En síntesis, el soporte organizacional del equipo de salud, debe tener un lenguaje común, una filosofía de atención que permita la construcción de una red solidaria de colaboración, en donde los conocimientos se entrelacen de manera horizontal entre los profesionales y de manera descendente hacia los pacientes, es decir, incluyendo a ambos en el objetivo final que es la rehabilitación de éstos.

b) *Personal no idóneo*: se relaciona centralmente con los cuidadores de los Hogares Protegidos Forenses, que no cuentan con el perfil idóneo para trabajar con pacientes psiquiátricos que han sido sobreseídos de la Justicia.

Una mayoría de entrevistados reconoce que sus compañeros no son competentes para trabajar con pacientes psiquiátricos y por consiguiente, intervenir en el proceso de rehabilitación.

“No hay una evaluación para eso, o sea cuando me evaluaron para ingresar a este trabajo, me preguntaron cómo hacia el arroz, ¿Cómo haces el arroz para 10 personas? (Entrevistado N°18).

Esto se debe principalmente al filtro inicial en la contratación del personal para desarrollar labores como “cuidadores”, ya que se observa que no existe un criterio unificado a pesar de estar establecido en la Norma Técnica.

“Faltan exigencias de estudio. Por otro lado, creo que falta capacitación, también, algunas veces. Sí, falta reconocimiento del trabajo que tienen que realizar, del área también...” (Profesional entrevistado N° 9).

La situación mencionada, no es sólo un caso aislado, ya que muchos trabajadores manifestaron que en el proceso de contratación, nunca se les preguntó por una temática específica, sino más bien, como cocinar para bastantes personas y cómo administrar medicamentos.

“Yo apelo a eso de la selección previa, a una real. Así como que realmente estés capacitado para estar a cargo de un hogar, que estés capacitado para pasar una noche con ellos, porque no cualquier persona puede llegar a trabajar en psiquiatría, pero no necesitas nada, no necesitas ni siquiera una profesión, entras como auxiliar y después te dan la posibilidad de trabajar de paramédico y te quedas ahí y trabajas por la plata no más...”
(Entrevistado N° 18).

De la misma manera, expresaron que antes de trabajar en los Hogares Protegidos Forenses, no habían tenido experiencias previas en salud mental. Si bien, algunos cuentan con un título de técnico paramédico, estando calificados para la contención de urgencia en primera línea, no poseen una formación académica o entrenamiento en el área específica de la salud mental y por lo tanto, no están capacitados para intervenir idóneamente en el proceso integral de rehabilitación.

“En el hospital igual hay hartos chicos que necesitan más ayuda. En el sector uno hay adolescentes que son de 15 a 24 años y de repente entran a trabajar auxiliares que tienen cero conocimiento de nada, y están con niños que se inician en esto de la enfermedad y son niños chiquititos que necesitan a alguien mejor” (Entrevistado N° 18).

A este contexto que da cuenta del personal no calificado, se debe incorporar otro elemento, que son los trabajadores ya insertos en el servicio y que no son capacitados en materias específicas y relativas a los hogares, si no que, son incluidos en los programas generales de capacitación de todos los trabajadores del Instituto Psiquiátrico.

“No sé si hay un criterio de idoneidad, de hecho no lo hay. Es más bien gente que trabaja acá en el hospital y se supone que por eso son idóneos para el hogar” (Profesional entrevistado N°10).

Es pertinente consignar que, los cuidadores requieren una especificidad frente al quehacer en los hogares y en el proceso de rehabilitación, ya que la Norma Técnica indica que son ellos quienes deben supervisar y apoyar a los residentes en las áreas de autocuidado, autonomía e interacción social. Dentro del marco de sus funciones, además se encuentra la activación del entorno comunitario y la estimulación del desarrollo de conductas adaptativas. Por lo tanto, los cuidadores deben poseer las habilidades y capacidades técnicas -que sean visualizadas en el proceso de captación y selección-. Si de lo contrario, esto no se produce en la fase inicial, es

responsabilidad del Instituto Psiquiátrico adquirir una política permanente de formación que se prolongue en el tiempo.

“Yo creo que deberían tener mayor capacitación en el tema de los hogares. Yo creo que es capacitación y también evaluación, que nos permita una rotativa de la gente que está ahí. Pero no sólo capacitación y rotativa para los funcionarios, yo creo que para los encargados de hogar también” (Profesional entrevistado N°21).

La necesidad de entrenamiento y buenas prácticas del personal, se basa en que son los cuidadores quienes poseen un grado mayor de participación y por tanto de responsabilidad con el proceso de rehabilitación, debido a que están diariamente con los pacientes psiquiátricos y pueden observar, estimular y reeducar constantemente a los residentes en dicho proceso.

Sin perjuicio de lo anterior, si bien existe personal no calificado, ni capacitado, pero insertos en el sistema de hogares, se suma un elemento relevante que tiene que ver con la vocación de servicio en materia de salud mental. Esto quiere decir, que hay trabajadores que expresan una preferencia por el área, no obstante, otros declaran abiertamente que trabajan por una necesidad económica, por lo cual no tienen una predisposición positiva hacia los pacientes y su propio proceso de rehabilitación.

“Yo creo que la vocación es como lo principal, porque después se van confundiendo las cosas. Si no hay vocación vas tratando mal al paciente. Porque al no atenderlo, al no usar la empatía, tú puedes enfermar más al paciente, porque puede tener mucho tratamiento psicológico, pero si lo estoy todo el día -psicosiando- no se va a recuperar jamás” (Entrevistado N° 20).

Si bien el objeto de esta investigación no se centra en discriminar sobre las motivaciones por la cual los trabajadores desarrollan sus actividades en el área de la salud mental, es relevante mencionar el sentido de la vocación, ya que es un elemento que se considera preponderante en la dinámica cuidador-paciente en el proceso de rehabilitación.

“Se necesitan profesionales más comprometidos, porque acá la mayoría son paramédicos, pero este es un tema más de compromiso, más de vocación, aquí tienes que venir por vocación, tienes que venir porque tienes a cargo personas” (Entrevistado N° 11).

Los relatos dejan de manifiesto que si bien hay muchos funcionarios de trato directo realmente comprometidos y con vocación de trabajo, hay otros que no cumplen con el ideal del cargo, que se enmarca en la ética, el optimismo, la responsabilidad y la confianza.

“La gente se cansa y se va si no le gusta, si no tiene vocación. Yo creo que debo tener vocación porque si no, por algo me quede en esto. Entonces pienso de que debo tener la vocación, pero igual de repente uno se cansa porque ya como que ellos (los pacientes) son tan desmotivados, son tan planos, pero igual a mí me ha gustado” (Entrevistado N°4).

En este mismo orden de ideas, los funcionarios de trato directo declaran que la ausencia de los administradores de hogar, como una figura de regulación entre todos los componentes del equipo, propicia estas situaciones que dificultan aún más el proceso de rehabilitación, ya que éstos en la teoría, son quienes realizan las coordinaciones técnicas; las contrataciones; apoyo, capacitación y supervisión de los cuidadores.

El filtro inicial en la contratación de los cuidadores, la formación académica específica en materia de los Hogares Protegidos Forenses y la vocación de servicio, son elementos constitutivos de los problemas detectados en la idoneidad del cargo.

Finalmente, la inexistencia de una organización cohesionada como soporte en el equipo de salud, -que permita la comunicación, interacción, planteamiento de problemas y posibles soluciones en conjunto-, facilita la aparición de estos obstaculizadores que se reflejan, finalmente, en el incorrecto funcionamiento del Equipo de Salud.

c) *Falta de Planificación:* en el marco de las funciones propias del Equipo de Salud, se señala la planificación de actividades que se debiesen desarrollar

al interior de los Hogares Protegidos Forenses, pero estas no se organizan ni semanal, ni mensualmente. Es decir, no hay programas con intervenciones a corto, mediano y largo plazo, en donde se definan objetivos y resultados esperados, -para el proceso de rehabilitación-, que sean claros y de acuerdo a las posibilidades de cada paciente y hogar.

“Los pacientes están muy encerrados aquí y de repente que le hagan actividades, por ejemplo, que alguien los pueda sacar, llevarlos al cerro, al zoológico, cualquiera de esas partes. Lo otro, no sé si buscarles algún lugar donde ellos puedan hacer algunas actividades, algún trabajo, dependiendo de sus habilidades” (Entrevistado N° 16).

De acuerdo al Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría Chile, los técnicos y profesionales deben programar horas para realizar actividades para el ítem de rehabilitación, ya que estos son gestores y ejecutores. No obstante, esto no sucede en los Hogares Protegidos Forenses, ya que los relatos de los funcionarios de trato directo dejan entrever que no existe ningún programa institucional con actividades y objetivos diseñados para el proceso de rehabilitación, por consiguiente, existe una ausencia de planificaciones, puesto que los residentes en la actualidad se encuentran inactivos, indiferentes, sedentarios y sin ningún incentivo para realizar acciones que mejoren su calidad de vida.

“Eso de tenerlos sin actividad, tenerlos inactivos a los pacientes, yo creo que es el peor error, por qué, qué piensan las 24 horas del día, estas en una pieza viendo tele, o estas con la monitora, pero más allá no hay nada”
(Entrevistado N° 14).

La inexistencia de una calendarización que refleje tareas cotidianas y semestrales, para que los pacientes desarrollen habilidades y destrezas sociales, genera un estancamiento en su proceso, puesto que la ocupación del tiempo libre de los residentes queda sujeto al criterio del cuidador.

“Con mi jefa lo hemos conversado, pero así me dijo: -Ahí ve tú lo que puedes hacer por sacarlo a pasear, para que hagan actividades, jueguen a la pelota o dominó-”
(Entrevistado N°6).

De acuerdo a la Norma Técnica, uno de los programas que debiese desarrollarse, se basa en satisfacer el área -recreación-, que se centran en el tiempo libre y ocio de los propios residentes, para que estos participen en actividades alternativas, clubes sociales, entre otros. No obstante, los pacientes se encuentran expuestos a una brecha amplia de desocupación, mientras que los miembros del Equipo de Salud, no utilizan esos espacios para la creación de talleres y labores.

“Faltan ocupaciones, mantenerlos ocupados en algo, en algo que a ellos les guste, suponte yo les decía a las niñas estudiantes de ayer, que aquí hace falta una mesa de ping-pong, un taca-taca, donde en la tarde a esta hora, después que ellos cenan y comen, se entretengan, se pongan a jugar ping-pong, activando el físico y así esperar la noche para dormir” (Entrevistado N°15).

Es pertinente señalar que del programa recreacional, se desprenden actividades de rehabilitación que incluyen desde la activación de hábitos para la vida cotidiana, hasta la rehabilitación socio-laboral, las que debiesen realizarse en unidades especializadas de la red asistencial de salud mental y psiquiatría, reforzando los espacios de la vida habitual de las personas. Sin embargo, esto no se produce en los Hogares Protegidos Forenses.

En esta misma línea de ideas, cabe reflexionar que si no existen tareas concretas en aspectos como recreación que se centran en actividades simples, menos se desarrollarán en el área laboral, que implica una mayor complejidad e inclusión de otros actores del Estado, aunque éstas se indiquen en el Plan Nacional.

“Hay varios aquí que les gusta trabajar, pero eso hace falta, como una rehabilitación aquí, en la casa misma, una ocupación” (Entrevistado N° 3).

De este modo, si se observa el diario vivir de los pacientes al interior de los hogares, se puede identificar con facilidad las tareas que desarrollan, que simplemente se basan en la alimentación y medicación. Con esto, se crea un

ambiente rutinario en donde no se visualiza ninguna actividad planificada de rehabilitación, que le otorgue el sentido rehabilitador que debiese ser característico de un Hogar Protegido Forense. Porque, más allá de ser una instancia residencial alternativa -para aquellos pacientes que no poseen una red familiar-, debe ser un espacio que propicie una diferencia sustancial con el hospital psiquiátrico, pues, si esto no se refleja, no tiene sentido la desinstitucionalización.

“Están toda la tarde acostados, salen a puro alimentarse. Sería lo ideal, por ejemplo, una terapeuta que le diera trabajo y los tuviera activos por lo menos toda la tarde y que además hicieran esos trabajos, para sacarle utilidad. Eso sería como lo ideal” (Entrevistado N° 3).

Desde otro lineamiento, también el Proyecto Juntos Construimos un Sueño señala que deben realizarse actividades rehabilitadoras, en colaboración con alumnos en práctica, quienes deben apoyar las planificaciones generales que debiese tener cada hogar. Empero, en la realidad, estas actividades no son planificadas, ni ejecutadas, ya que los estudiantes son los únicos que realizan talleres y propuestas innovadoras que se ejecutan de manera temporal, sin que estas tengan continuidad en el tiempo por la finalización del periodo de práctica.

“Por ejemplo el año antepasado vinieron una chicas de terapias y hicieron actividades todo el año. Los pacientes estaba súper bien, estaban de ánimo, llegaban ellas y andaban contentos y un montón de otras cosas. Luego se fueron y quedaron así, sin nada de actividades, se quedaron ahí estancados” (Entrevistado N° 6).

En concreto, la falta de planificación de actividades rehabilitadoras son un obstaculizador condicionante para el proceso de rehabilitación, debido a que no existen intervenciones dedicadas al proceso, como el apoyo emocional permitiendo el refuerzo de áreas relacionadas con la sexualidad, la vida en pareja, los sentimiento de soledad, la paternidad, la crianza, la convivencia, entre otras. Y asimismo, que trabajen áreas específicas de tratamiento como la psicoterapia, la terapia familiar, nivelación de estudios y talleres de rehabilitación socio-laboral.

2.- El segundo obstaculizador identificado es la Insuficiencia de recursos, la cual se subdivide en dos segmentos:

a) *Escasez de recursos humanos:* se refiere principalmente a la insuficiencia de contratación de personal competente para la intervención directa en los hogares protegidos, en materias de ejecución de actividades, terapias individuales y familiares, nivelación de estudios, capacitación laboral, entre otros.

“Habría que invertir en profesionales propios del hogar, que fueran tres veces a la semana. Terapia Ocupacional fundamental y un psicólogo por hogar. Eso es fundamental, pero no están dispuestos a contratar”
(Profesional Entrevistado N°9).

En referencia a la escasez de profesionales, el equipo de salud expone que la rehabilitación sería mucho más efectiva con la presencia constante de profesionales como Psicólogos, Trabajadores Sociales y Terapeutas Ocupacionales en los Hogares Protegidos Forenses, sin embargo:

“Hay una política de la institución de abaratar costos en todo, y eso se traduce en menor contratación, incluso no renovación de gente que se va, no restituyen esos cargos”
(Profesional Entrevistado N° 10).

La escasa contratación en el campo de la salud mental, es claramente insuficiente, lo que se produce por factores de accesibilidad geográfica y por el nivel de ingreso en cada territorio. Lo que es preocupante en esta investigación, es la escasa inversión de personal para desarrollar programas específicos de rehabilitación y tratamientos psicosociales, si se tiene en consideración que en la mayoría de los países Latinoamericanos sólo el 1.5 % del presupuesto general de salud está dedicado a la salud mental y de este, sólo el 67 % se gasta en los hospitales psiquiátricos (Rodríguez, 2007), la contratación de personal evidentemente no es primordial, ya que este presupuesto es para asegurar la atención básica de los usuarios, en este caso de los pacientes psiquiátricos.

“Falta más recursos humanos, porque uno le forma los hábitos, las protege, trata de ayudarla, de motivarlas, darles cariño y todo, pero faltarían más personas que estuvieran detrás de nosotras, para que las tiraran para arriba, sacarlas adelante”. (Entrevistado N°2).

La falta de profesionales que intervengan de forma directa en los hogares está relacionada netamente con el factor económico. Si bien esta situación se evidencia en el sistema de salud público, también se debe incorporar la falta de motivación por parte de los profesionales que están a cargo del proceso de rehabilitación. Esto quiere decir que, si ya existe una ausencia de recurso humano, los profesionales que conforman el equipo de salud deben responsabilizarse de su rol, asumiendo las tareas propias de su cargo y posición.

“No sabría decirte si esto se produce por falta de recursos o por falta de interés. Pero sí creo que es a nivel de arriba más que nada, del nivel institucional” (Entrevistado N°14).

Sin justificar la desmotivación por parte de los profesionales, es necesario mencionar que si no existe una bonificación salarial, incentivo económico o mejoras laborales, los profesionales obviamente no estarán comprometidos con su trabajo y por consiguiente, con el proceso de rehabilitación que implica realizar una intervención compleja, que requiere de tiempo y constancia.

Esta detección es un elemento más en los obstaculizadores, ya que los recursos económicos sustentan toda mejoría o inversión para un aporte

humano significativo en el tratamiento y el proceso de rehabilitación de los pacientes psiquiátricos.

En resumen, los Hogares Protegidos Forenses no cuentan con la cantidad adecuada de recurso humano, de personal capacitado y profesionales (Terapeutas, Kinesiólogos, Psicólogos, Educadores, Trabajadores Sociales y Médicos) necesarios para el trabajo más específico del proceso de rehabilitación.

b) *Escasez de recursos económicos*: este obstaculizador es propio en la administración pública y se refiere principalmente, a la escasez de recursos económicos y a la política de abaratar costos en el transcurso del tiempo en los Hogares Protegidos.

Tanto los profesionales, como los funcionarios de trato directo atribuyen a la falta de recursos económicos una de las mayores limitantes por la cual la rehabilitación de los pacientes psiquiátricos no es efectiva.

“Por plata, si siempre es plata, acá lo que corta el queque es la plata, más aún con este gobierno, la empresa privada es lo que prima acá y esto es servicio público, un cacho el servicio público, ¡hoy en día con este modelo económico!” (Profesional entrevistado N°9).

La justificación de los profesionales ante la insuficiencia de recursos, se orienta en el reconocimiento de que el Modelo Económico Neoliberal reduce la intervención del Estado al mínimo y por lo tanto, en materia social, en el

caso de los Hogares Protegidos Forenses, no hay inversión de capital para que el proceso de rehabilitación sea el adecuado.

“Tienden a la eficiencia y la eficacia y con eso a reducción de costos. Implementar talleres va en la línea de implementar más costos, no lo ven como inversión, entonces no es algo interesante para ellos y por lo tanto no van a poner plata” (Profesional entrevistado N°10).

Ante esta realidad adversa, el proceso de rehabilitación de los pacientes queda relegado a un segundo plano, ya que lo que importa es la maximización de los recursos. Por resultante, cualquier actividad o acción que se relacione con generar mayores posibilidades de rehabilitación significa un gasto que se puede evitar.

Lo anterior, es un impedimento que afecta negativamente la calidad de vida de los pacientes y sus posibilidades de introducir cambios significativos en su diario vivir, en la relación con su entorno inmediato y en la socialización con la comunidad.

“Queremos hacer una actividad de rehabilitación, -no, es imposible-. Siempre dicen que no hay recursos, pero yo creo que es un tema de voluntad, simplemente un tema de voluntad, porque yo creo que están los recursos. ¡Si se puede! Dentro de todos los recursos que tiene el hospital” (Entrevistado N° 18).

De acuerdo a lo señalado por el equipo de salud, existe otra arista de éste obstaculizador que guarda relación con la reducción de dineros en el ítem de alimentación semanal. En los Hogares Protegidos se ha disminuido considerablemente la cantidad y calidad de alimentos, en comparación a los años anteriores, hecho que ha quedado al descubierto en esta investigación, siendo los propios cuidadores e incluso los pacientes quienes han tenido que asumir dicho costo.

“Lamentablemente, los medios, como está el hospital, no hay aportes, esa es la verdad, aquí no hay ningún aporte, a veces nos falta hasta mercadería ahí y nosotros tenemos que poner del bolsillo de nosotros”
(Entrevistado N°15).

En consideración de lo expuesto, sobre la falta de recursos económicos en ámbitos tan básicos como la alimentación de los pacientes, cabe reflexionar que si los dineros son exiguos en esta área, con mayor razón serán insuficientes para realizar planificaciones a corto, mediano y largo plazo, ejecutar intervenciones que requieran mayor complejidad y contratar profesionales y técnicos especialistas en salud mental.

“Yo creo que en este minuto no es prioridad la rehabilitación, porque es prioridad salvar a la institución del hoyo económico que tiene y después preocuparse de eso” (Profesional entrevistado N°21).

En síntesis, en la escala de prioridades del Instituto Psiquiátrico, la rehabilitación es relegada a un ámbito netamente asistencialista, ya que el

Hogar Protegido se convierte en una instancia residencial de prestación de servicios básicos, en este caso particular referido a la suministración de medicamentos y al cuidado general del paciente, sin contemplar la rehabilitación. Esta situación se muestra contraria a las disposiciones del Plan Nacional de Salud Mental, a los convenios internacionales y a los avances históricos logrados con el término del tratamiento manicomial.

3.- El tercer obstaculizador alude al escaso apoyo de la red familiar, que escapa a las responsabilidades del sector salud y se refiere principalmente a la nula presencia y soporte familiar que reciben algunos pacientes psiquiátricos.

“Muchos de ellos no tienen familia, muy pocos, otros que la familia no los quieren ni en pintura y tu decís -pucha pobrecito-, pero también hay que ponerse en los zapatos de ellos. Qué “caga” habrán hecho que ya los dejaron saturados” (Entrevistado N° 8).

Es necesario considerar que los pacientes, en su mayoría, fueron detectados del padecimiento de sus enfermedades mentales frente a un episodio violento al interior de sus familias -cometiéndolo delitos de sangre-, por lo tanto, el impacto del daño generado no ha sido, muchas veces, abordado para restablecer nuevamente la relación familiar.

“Son muy pocos los familiares que se hacen cargo, porque los encuentran un cacho, necesitan dedicación y porque les da miedo. Cometieron un delito y siempre van estar pensando en que va a volver a suceder”
(Entrevistado N° 18).

En este sentido, se origina un importante impacto en la familia, alterando la dinámica interna, los roles de los miembros y las relaciones interpersonales. Junto con esto, si se incorpora que el paciente requiere un cuidado especial a la hora del tratamiento, medicación diaria, supervisión de conductas, contención de emergencias, entre otras, los familiares no están dispuestos a colaborar en el proceso de rehabilitación asumiendo esa responsabilidad.

“Aquí son muy pocos los que tienen apoyo familiar. De hecho los que tienen apoyo familiar, se aburren ligerito con ellos. O sea, más de tres o cuatros días no los tienen en la casa, porque ellos tienen malos hábitos, entonces la familia prácticamente se aburre con ellos”
(Entrevistado N°3).

Por otro parte, la red de apoyo familiar debe responder adecuadamente a las necesidades del paciente, es decir, tener las cualidades necesarias para enfrentar las situaciones de crisis y/o descompensación. Por lo tanto, si bien hay familias que presentan estas cualidades, hay otras realidades en las cuales la red familiar es disfuncional y sus miembros no están capacitados.

“Hay algunos casos, donde las familias son más bien un problema que parte de la ayuda. Entonces ahí se evalúa la situación. No censuramos la posibilidad de terapia familiar, pero tampoco lo vemos como la mejor solución”
(Profesional entrevistado N° 10).

En consecuencia, más que brindar un espacio de apoyo o mejoría a los pacientes, sólo la presencia de la familia influye negativamente al proceso de rehabilitación, puesto que las relaciones se encuentran dañadas, los parientes no se hacen cargo de las responsabilidades al cuidado del paciente, y/o no están interiorizadas e informadas al respecto.

Por último, hay que considerar que el Instituto Psiquiátrico es el referente nacional en tratamiento, hecho por el cual, varios residentes de los hogares fueron trasladados a la Región Metropolitana desde sus lugares de origen para el cumplimiento de la orden judicial. Esta situación genera también, que algunas familias no estén presentes en el proceso, tanto por la distancia geográfica como por el factor económico a la hora de viajar.

“En el fondo su única familia es el hogar, porque sea como sean ellos, no tienen familia, no existe la familia para ellos” (Entrevistado N°4).

Frente a la situación planteada, donde algunas familias no son un pilar de apoyo y las que están presentes no califican, la instancia residencial alternativa del hogar, es la mejor opción para los pacientes, ya que este “sería” el espacio donde ellos tienen la posibilidad de incorporar nuevas

pautas de comportamiento de tipo relacional y la oportunidad de sociabilizar con sus pares y el entorno comunitario.

4.- El último obstaculizador que se evidenció en el trabajo de campo tiene relación con el desinterés institucional por el proceso de rehabilitación de los pacientes psiquiátricos en los Hogares Protegidos Forenses.

Para el hospital, los hogares son vistos solamente como una instancia residencial alternativa básica, por lo tanto, ese espacio sería el único mecanismo de reinserción social, sin contemplar las acciones rehabilitadoras establecidas en la Norma Técnica y en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.

“Es que hay otras necesidades institucionales en este minuto que son un poquito más banales que la rehabilitación de los pacientes”
(Profesional Entrevistado N°21).

Desde este punto de vista, el interés institucional va en contra de las necesidades más sentidas del paciente, ya que mientras el primero necesita el ingreso económico para suplir su déficit presupuestario, el segundo necesita de acciones concretas para su proceso de rehabilitación.

“En este minuto por ejemplo que un paciente de hogar egrese significa casi, más un millón de pesos que ingresa al hospital. Entonces no están preocupados de un proceso de rehabilitación, si no que egrese. El ingreso de un paciente te da un valor día-cama por ejemplo, entonces se transforma todo un tratamiento más que nada, en número, en dinero. En el hospital en este minuto hay un déficit importante” (Profesional Entrevistado N°21).

Las condicionantes económicas cruzan de manera transversal todos los ámbitos del proceso de rehabilitación y los obstaculizadores mencionados con anterioridad. Sin embargo, el desinterés institucional se moviliza verticalmente y de manera jerárquica, es decir, influye en todos los niveles desde las jefaturas, administradores, equipo técnico y finalmente los cuidadores de los Hogares Protegidos Forenses.

“Necesitan movilizarse, hacer algo. Se habla mucho de integrar y lo menos que se hace es integrar. Y eso va en todo orden de cosa, o sea, no solamente no se integra al paciente en el sentido comunitario, sino que también los pares de uno, no están ni ahí. Y eso es en todo orden, ya sea en los Hogares, como en el hospital, en todas partes, hay un desinterés general por la rehabilitación” (Entrevistado N° 7).

Desde otro punto de vista, cuando el Equipo de Salud plantea a la jefatura nuevas estrategias de intervención, potencialmente favorables para el

proceso de rehabilitación, estas son rechazadas argumentando que no son viables por la crisis financiera del hospital.

“No hay plata, no hay cargo, es un conflicto constante aquí en el hospital. Cuando exiges algo, no se cualquier cosa, pasan dos o tres semanas para una respuesta ¿sí o no?, por lo general es no, porque no hay recursos”
(Profesional Entrevistado N°22).

Concluyendo, no existe interés institucional por implementar acciones de rehabilitación en los hogares, situación que al parecer se genera por el déficit presupuestario de la institución. Por lo tanto, la rehabilitación de los residentes está relegada a un segundo plano, ya que cualquier iniciativa se traduce en gastos innecesarios o poco relevantes, hecho que claramente dificulta el proceso de rehabilitación de los pacientes psiquiátricos.

6.2.- Facilitadores del proceso de rehabilitación

Uno de los elementos claves que hay en pro del proceso de rehabilitación son los dispositivos llamados facilitadores, los cuales han sido detectados a través de la veintena de relatos de los trabajadores del Equipo de Salud, tanto profesionales como cuidadores.

1.- El primer facilitador identificado, guarda relación con la instauración de los Hogares Protegidos Forenses como inicio del proceso de rehabilitación, como una instancia residencial alternativa para aquellos pacientes institucionalizados y sin red de apoyo familiar.

Al cruzar el análisis anterior considerando los obstaculizadores ya planteados, donde se menciona el escaso apoyo familiar que tienen los pacientes en su proceso de rehabilitación -tanto por la ausencia de la familia o porque éstas son disfuncionales- el hogar compone un lugar protector con características similares al sistema familiar.

“Algunos se les dice: -No vayan con la familia porque puede ser peor-. Yo tengo un caso que va por ahí, que irse con la familia disfuncional puede ser, pero mejor se le recomienda que vaya a un hogar”
(Profesional entrevistado N° 10)

Continuando con la línea argumentativa, el hogar en sí constituye el espacio de excelencia que “ejerce” la acción rehabilitadora, en donde se entrecruzan todas las estrategias que el Modelo de Salud Mental Comunitario propone.

“El hogar mismo en la mayoría de las veces les da cierto bienestar, ellos se sienten más cómodo ahí, que en el hospital o en sus casas” (Profesional entrevistado N° 10).

Cabe decir, que antes de la ejecución del Plan Nacional, el tratamiento de los pacientes psiquiátricos se basaba en intervenciones prolongadas en el tiempo, sin mayores distinciones ni evaluaciones, en un espacio de hacinamiento y exclusión social propio del tratamiento asilar. La única área de esparcimiento y contacto de estos pacientes era el ambiente hospitalario, agudizando los síntomas de la enfermedad.

“Esos pacientes antes estaban crónicos, encerrados, imagínate cien camas ahí en el hospital. Es un gran avance lo de los hogares, ya que los otros salían para los talleres de rehabilitación y volvían al hospital, hacinados, sin intimidad, ni mayor esparcimiento”
(Profesional entrevistado N°9).

En un análisis comparativo -entre un antes y un después- de los Hogares Protegidos Forenses, se puede decir que esta instancia permite a los residentes mayor autonomía, autodeterminación, libertad y movilidad social, a diferencia de la hospitalización. En este sentido, se observa un avance en el tratamiento y rehabilitación psicosocial, como paso inicial en la transición hacia la implementación del modelo comunitario en salud.

“Los hogares protegidos se trata de incluir como otra casa más dentro de la comunidad, entonces ellos mismo tiene que llegar y hacerse cargo también de su salud y se los motiva a eso, hay preocupación por parte de ellos, del examen de medicina preventiva y todo ese cuento”
(Profesional entrevistado N° 10).

Los hogares protegidos al estar insertos en una comunidad determinada, permiten una interacción constante con este entorno y los actores sociales, llámense vecinos, comerciantes, dirigentes sociales u otras formas de asociatividad, como organizaciones vecinales, deportivas, culturales, entre otras. Lo que genera en los pacientes, posibilidades de crear nuevas habilidades y capacidades sociales, las que se reflejan en distintos repertorios y discursos al entablar un lazo comunicativo con los otros.

“Sin duda es un avance, porque si no se cronifican. Están viviendo afuera, no están hospitalizados, no están encerrados, están moviéndose en el mundo, van a comprar al quiosco, van a buscar pega, pololean, conocen gente, se relacionan en el mundo, no están encerrados” (Profesional entrevistado N°9).

Esta alternativa residencial significa una mejoría conductual entre los residentes, pues al instaurar una dinámica de tipo familiar -en una casa habitada por más integrantes-, las normas de convivencia, mecanismos de adaptación y regulación se activan en este espacio, ya que los residentes internalizan la transición del ambiente institucional a uno comunitario.

“En los hogares efectivamente hay cambios, muchos, porque ya que te cambien el espacio donde tu recibes un tratamiento a un lugar que sea más agradable, que sea humanamente más digno, te sirve mucho, te apoya mucho en la parte de cómo vas fortaleciendo el valor de ser persona. Con cosas mínimas, pero que para ellos es un cambio significativo” (Profesional entrevistado N°21).

Sin perjuicio de lo anterior, se debe mencionar que si bien la totalidad de los entrevistados reconocen que el hogar significa un avance importante en el proceso de rehabilitación, éstos realizan una crítica constructiva, evidenciando que hay varios aspectos que se deben mejorar como planificaciones de actividades, profesionales especializados, mejoras en la alimentación, entre otros, a fin de dar continuidad y efectividad a dicha instancia residencial.

“Yo creo que el hogar protegido en sí mismo es una instancia rehabilitadora. Creo que podría hacerse más, eso sin ninguna duda, que podría incluirse más capital humano, más capital en términos concretos, que hayan mejores comidas, en ese nivel, pero creo que hay un aporte que es propio de los hogares, pero es posible mejorarlo, completamente perfectible y se puede mejorar con mayor personal, haciendo que sean más eficientes las acciones clínicas” (Profesional entrevistado N°10).

En síntesis, el hogar protegido constituye un bienestar generalizado para los pacientes debido a que es el punto de partida del proceso de rehabilitación, ya que, hay cambios significativos en las conductas producto de la dinámica familiar que se establece al interior del hogar y permite la interacción social con el entorno comunitario.

2. El segundo facilitador identificado, se refiere al apoyo de los alumnos en práctica -de diferentes carreras y universidades- en el proceso de rehabilitación. Dentro de los aspectos fundamentales en el cual se enmarca el Proyecto “Juntos Construimos un Sueño”, se establece la cooperación constante e innovadora de los estudiantes en práctica de distintas disciplinas de la Salud y las Ciencias Sociales, para apoyar las actividades de rehabilitación y reinserción social de todos los residentes.

“La única base de intervención que se trabaja en los hogares, son gente de afuera, como los estudiantes de Trabajo Social, los estudiantes de Psicología. No hay otros, ya que nosotros los funcionarios no podemos hacer eso, no tenemos el tiempo y otro es que no tenemos las herramientas para hacer eso” (Entrevistado N°15).

Continuando con el cruce de obstaculizadores, es necesario mencionar que producto de la ausencia de planificaciones de actividades por parte del Equipo de Salud, quienes se responsabilizan de esta función son los estudiantes en práctica, que a partir de los proyectos semestrales que ejecutan semanalmente en los hogares protegidos -con talleres recreacionales y otros- propician la única instancia para que los residentes participen en acciones rehabilitadoras contempladas en la Norma Técnica.

“Muchas veces en los hogares hay pocas actividades, sino es por los alumnos y estudiantes en práctica, no se haría nada” (Profesional Entrevistado N°9).

Los alumnos al estar insertos en el proyecto, requieren de creatividad, innovación, empatía y constancia para ser validados en un espacio propio del dominio de los pacientes, es decir, su hogar. De esta manera, se construye una valiosa dinámica relacional que permite que las actividades sean planteadas en conjunto, teniendo un sentido particular para los residentes.

“Cuando han venido alumnos ha habido una buena respuesta por parte de los pacientes, no hay mayor inconveniente. Encuentro que ha sido una buena recepción, al menos aquí, no sé cómo ha sido en otros hogares” (Entrevistado N°12).

Conforme a lo anterior, los alumnos ya están realizando una acción rehabilitadora al incluir al paciente en las programaciones que no son impuestas, sino más bien creativas, porque dan espacio a que los pacientes manifiesten sus preferencias, capacidades intelectuales, comunicacionales, entre otras.

“Al no realizar talleres, se les deja toda la responsabilidad a los estudiantes en práctica. Pero no puede haber una persona, un estudiante a cargo de todos los pacientes. Las actividades dependen mucho de la voluntad de los alumnos” (Entrevistado N°21).

En base a estas consideraciones, los talleres realizados por los estudiantes constituyen una base integral de rehabilitación, ya que por una parte existe una preocupación por aspectos individuales del paciente que les permite desarrollar y demostrar sus habilidades personales, a través de la realización de actividades manuales, didácticas y artísticas. Y por otra parte, fomenta el funcionamiento social a partir de la realización de actividades grupales para motivar el liderazgo, la cohesión grupal, la toma de decisiones, que les permita relacionarse con su entorno inmediato. Y asimismo, metodologías de educación popular, para facilitar su desenvolvimiento en el entorno comunitario.

“Los alumnos sacan a los pacientes, les ponen ideas y nuevas visiones. Nosotros los cuidadores sólo tratamos de darles lo mejor posible, entonces tratamos de guiar a los estudiantes un poco en el proceso, pero ellos son los que trabajan con la rehabilitación” (Entrevistado N°13).

Los estudiantes en práctica al estar en contacto permanente en el proceso de rehabilitación -a través de las actividades que ejecutan-, son visualizados como figuras de referencia y apoyo, jugando un rol preponderante en este proceso, estableciendo una relación de tipo horizontal.

“Los espacios y talleres recreativos son instancias que dan los alumnos en práctica, salvo uno que otro hogar que por motivación de los funcionarios lo hacen por sí solos, yo diría que son dos, creo, ninguno más. Y en esos hogares tú te puedes dar cuenta del nivel de evolución o mejoría del paciente” (Entrevistado N°21).

La participación de los pacientes en talleres creados por los alumnos, como *“encuentros interhogares”, “convivencias de camaradería”, “grupos de discusión”, “sesiones deportivas”, “activación de habilidades laborales”, “reconocimiento del entorno”,* entre tantos más, cumplen con ciertos criterios establecidos en el Tratamiento Especializado y que debiesen recibir los pacientes residentes en los hogares, -indicados en la Norma Técnica-, en relación a los ítem de Acciones Rehabilitadoras, en los ámbitos de: *“Apoyo a la vida en Comunidad”, “Inserción Laboral”, “Recreación” y “Educación-Capacitación”.*

A pesar de la ejecución de las actividades mencionadas, éstas no aseguran la continuidad necesaria para instalar una capacidad o habilidad en el paciente, ya que la mera presencia del estudiante se vuelve una condicionante para que estos participen.

“No hay motivación institucional para desarrollar talleres de psicoterapia, ya que eso lo cubren los alumnos en práctica” (Profesional entrevistado N°9).

De la misma manera que la presencia de los estudiantes en práctica sea un facilitador en el proceso de rehabilitación, se puede establecer una directa conexión con el obstaculizador *desinterés institucional*, ya que el Instituto da por sentado que el recurso humano flotante, en este caso los estudiantes en práctica, agotarán todas las instancias para llevar a cabo sus actividades y concretar los objetivos planteados para con los pacientes.

“De parte de la institución no hay ningún taller, porque entre comillas, los pacientes están de alta, por algo están en un hogar protegido y el hospital evade esa parte, porque saben que vienen alumnos, entonces ese pega se las dejan al estudiante de Psicología, de Trabajo Social, es la red que tiene que ver con la integración de pacientes” (Entrevistado N°20).

De esta forma, al realizar talleres planificados y ejecutados por los estudiantes, se responsabiliza a agentes externos de las funciones propias del Sector Salud y no son desarrolladas tanto por desinterés institucional,

escases de recursos económicos, déficit presupuestario, entre tantos otros obstaculizadores ya indicados.

“La parte social, la rehabilitación la cumplen los estudiantes. Nosotros estamos aquí para que ellos cumplan normas, para que respeten horarios, para que respeten los valores, ese tipo de cosas podemos entregar, pero la otra parte, la reinserción, la entregan los alumnos en práctica” (Entrevistado N°20).

En resumen, los estudiantes que desarrollan prácticas en el Instituto y en los Hogares Protegidos Forenses, propician el desarrollo de acciones rehabilitadora a los pacientes psiquiátricos, al diseñar actividades, planificarlas y ejecutarlas, donde la convicción, innovación, imaginación y ética profesional son elementos estratégicos al momento de intervenir y relacionarse con los residentes. De este modo, contribuyen activamente en el proceso de rehabilitación.

3.- El tercer facilitador reconocido, guarda relación con el tratamiento farmacológico oportuno y pertinente que reciben los pacientes psiquiátricos en los Hogares Protegidos Forenses y que son adaptados a sus propias necesidades.

“Ellos están diagnosticados, se les da un tratamiento acorde a la enfermedad que tienen, entonces el conocimiento está, todo está registrado, hay información en las fichas” (Profesional entrevistado N°10).

Desde una visión diacrónica, anteriormente los fármacos inhibían conductualmente al paciente, dejándolo en un estado de somnolencia permanente, lo que restringía toda interacción, cosificando y excluyéndolo aún más de su entorno social. No obstante, la investigación científica ha aportado significativamente al ámbito de la salud mental permitiendo la creación e innovación de nuevos fármacos, que son más eficientes y pertinentes al proceso de rehabilitación de cada paciente.

“En la actualidad hay remedios clásicos, de última generación, los anti psicóticos, los anti depresivos, de los cuales tienes que tener conocimientos, hay que tener un poco de conocimiento para saber los efectos que tienen en el paciente” (Profesional entrevistado N°9).

Los pacientes presentan enfermedades que no son generalizadas y comunes al resto de los residentes, es decir, cada uno de ellos presentan episodios, crisis y síntomas particulares, por lo cual, reciben un tratamiento especializado lo que constituye una mejoría en el proceso de rehabilitación.

“Hay medicamentos que son estándar, que son para algunos tipos de patología. Ahora el esquema farmacológico ya es individualizado, es decir dos pacientes esquizofrénicos no tiene el mismo esquema, porque el medicamento no causa el mismo efecto en la persona, puede que uno reciba mas o reciba menos y también acompañado de otros medicamentos de acuerdo a lo que el organismo va requiriendo” (Profesional entrevistado N°21).

Se ha podido constatar que por parte de los funcionarios de trato directo, existe una supervisión diaria en el procedimiento farmacológico, donde señalan en el *Libro de Novedades*, las dosis entregadas y los horarios, indicando también observaciones en cuanto a cambios conductuales a partir del tratamiento recibido, permitiendo un registro completo con toda la información relativa al paciente.

“Los pacientes de hogar por lo general se ven una vez al mes y ahí se les controla la cuestión farmacológica y ahí también se puede ver si necesitan algún tipo de otra asistencia, tratamiento con nosotros (psicólogos), alguna ayuda social, ahí se puede ver también, ya sea por el control médico o por los encargados de hogar”
(Profesional entrevistado N°10).

Posteriormente a la continua vigilancia de los cuidadores, se deriva al paciente al control mensual -establecido en el Tratamiento Especializado- en donde es atendido por el médico psiquiatra, quien procede a evaluar y establecer si hay evolución o retroceso del paciente con los medicamentos que ha recibido, a objeto de dar continuidad o sustitución de los fármacos.

“Se supone que según los criterios que se establecieron acá hay que evolucionar fichas una vez al mes, mínimo una vez al mes. Ellos escriben en la ficha para ver los cambios de medicamentos, lo tienen que dejar todo anotado en la ficha e informar en clínica porque o sino no se cambia el esquema” (Entrevistado N°9)

De la misma manera que se deriva y trata a los residentes con fármacos atingentes, los funcionarios de trato directo fomentan la responsabilidad del paciente, educando y supervisando la participación de éstos en sus propios tratamientos, es decir, la incorporación de un hábito farmacológico que le permita ser más comprometido e independiente en su proceso de rehabilitación.

“Ahora los permisos no son rápidos, se demoran por lo menos un par de meses o un año a veces, para que el paciente esté entrenado en su tratamiento”
(Profesional entrevistado N° 21).

Por otra parte, cuando los pacientes adquieren permisos para visitar a sus familias, la responsabilidad de suministrar los medicamentos recae en éstos, por lo cual la incorporación del hábito farmacológico les permite contar con el conocimiento, verificar la ingesta y continuidad, a fin de no perjudicar la salud y tratamiento del paciente.

“Si ellos salen, se les da permiso por un mes, mes y medio y se llevan los medicamentos. Entonces con eso tú haces participar a la familia y les enseñas como es el esquema de los fármacos también y van aprendiendo y se van dando cuenta que el paciente con tratamiento está bien” (Profesional entrevistado N°21).

Al considerar que algunos residentes -aparte de presentar una discapacidad psíquica-, son también diabéticos, hipertensos, obesos, entre otros, se debe contar con el procedimiento farmacológico pertinente a la propia salud del

paciente, ya que la combinación de fármacos tiene efectos colaterales perjudiciales a otros aspectos de su salud.

“Tengo conocimientos de cuáles son los efectos que generan las complicaciones que puedan llegar a tener, cosa de poder asistirlos en algunas preocupaciones que surgen con el uso de algunos medicamentos. O sea algunos generan dificultades de peso, otros de sueño, otros disfunciones sexuales”
(Profesional entrevistado N°10)

Finalmente el tratamiento especializado, a través de los fármacos de última generación, evaluaciones médicas mensuales, supervisión de los cuidadores en la ingesta, administración responsable por parte del paciente y las familias, contribuyen a un estado de bienestar del residente, facilitando el proceso de rehabilitación de éste.

4.- El cuarto y último facilitador identificado, se refiere a la red de salud operativa a la cual pertenecen los pacientes psiquiátricos en los Hogares Protegidos Forenses.

Uno de los aspectos fundamentales del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría son las acciones de intersectorialidad, en donde se propone una labor conjunta de actores de los distintos sectores (Estado y Comunidad) para desarrollar un quehacer estratégico. Desde esta perspectiva, el sistema de salud público, en su funcionamiento se cohesiona en todos los niveles para entregar prestaciones de salud, como un elemento basal en el proceso de rehabilitación.

“Tienen conocimiento de la red de salud, o sea no sólo psiquiátrica sino que también, por ejemplo, si hubiera una urgencia médica saben que tienen que ir al SAPU, en el caso de que sea una urgencia psiquiátrica ellos saben que cuenta con el hospital y cuáles son las vías por las cuales se ingresa al hospital”
(Profesional entrevistado N° 10).

Por consiguiente, los pacientes al participar en la red local de salud, se insertan en la vida comunitaria, ya que este es el único tejido social que se encuentra operativo y en donde ellos saben desenvolverse, lo que les permite participar y beneficiarse de las prestaciones de salud en todos los niveles de complejidad –primario, secundario y terciario- es decir en modalidad de postas, consultorios, centros comunitarios de salud familiar (CECOSF) y centros de salud familiar (CESFAM).

“Los pacientes siempre se derivan. Van a la posta, al consultorio y por urgencia van al Hospital San José. Ellos saben a donde tienen que ir a realizar los controles preventivos y todo lo relativo a su enfermedad”
(Profesional entrevistado N°9).

Todas estas intervenciones que se realizan de manera transversal, se sustentan en el Modelo Comunitario de Salud, ya que reconoce a los usuarios como sujetos de derechos, que deben ser respetados en sus enfermedades, tratamiento y rehabilitación, por tanto, pone el acento en dar respuesta a las necesidades del paciente, desde lo público, en todos los niveles y con garantías de una atención de calidad.

“Se incluyen en los programas de consultorios, entonces por ejemplo, a un paciente que salió de acá le hicieron chequeo completo y se descubrió que estaba con presión alta, entonces empezó a ir al consultorio y se hizo toda una acción terapéutica para poder aminorar la sintomatología y todo ese cuento”
(Profesional entrevistado N° 10).

Del mismo modo, la red local de salud permite a los residentes un acceso continuo a controles de medicina preventiva, a fin de pesquisar enfermedades y realizar tratamientos oportunos, de esta manera seguir con la línea integral de bienestar biopsicosocial.

“Entonces yo tengo a pacientes que van a consultorio de a poco, por enfermedades metabólicas, diabetes, etc., y le dan lo que corresponde tanto en la salud física como mental. También, están atendidos por el auge”
(Profesional entrevistado N° 22).

En síntesis es de vital importancia mencionar este elemento facilitador, ya que antes de la hospitalización y posterior ingreso a las residencias protegidas, no existía una continuidad en el tratamiento clínico, ya que los pacientes no eran usuarios activos del sistema de salud, ya sea por desconocimiento del funcionamiento de la red, de las prestaciones y/o por problemas de acceso a la misma. Por lo tanto, la movilidad de los pacientes en la red genera conocimientos, interacción, grado de responsabilidad y autonomía que contribuyen al proceso de rehabilitación de éstos.

CAPÍTULO VII

PERCEPCIÓN DE LOS FUNCIONARIOS DE TRATO DIRECTO SOBRE EL PROCESO DE REHABILITACIÓN

Para los efectos de este análisis la percepción es entendida como un proceso subjetivo de los funcionarios de trato directo, mediante el cual capturan, elaboran e interpretan información del proceso de rehabilitación de los pacientes psiquiátricos, a partir de tres categorías -conocimiento, opinión y actitud-.

7.1.- Nivel de conocimiento de los funcionarios de trato directo

Se entenderá como conocimiento, toda aquella información que adquieren las personas, sobre un campo, área o hechos determinados, en donde confluyen las ideas, estudios, reflexiones y experiencias que se obtengan a lo largo de la vida, que van moldeando la forma de pensar, hablar y actuar, a fin de determinar cuál es el nivel de conocimiento -alto, mediano y bajo- de los cuidadores, respecto a los siguientes puntos:

1.- *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*: en relación a esta área específica se puede dar cuenta del bajo nivel de conocimiento existente sobre los lineamientos generales establecidos en el documento en cuestión, que guarda relación con los propósitos, modelos de acciones, valores fundamentales, estrategias y criterios de calidad. De la misma manera, se identifica un bajo conocimiento sobre las reglamentaciones indicadas en la Norma Técnica de los Hogares Protegidos.

Al preguntar explícitamente sobre el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, los funcionarios de trato directo manifiestan en su mayoría, que no tienen conocimiento específico al respecto y que antes de trabajar en el Hogar Protegido como cuidadores, no tuvieron inducción alguna sobre la temática.

“Yo creo que nadie de los que han entrado a trabajar a los hogares poseen capacitación sobre el plan nacional o la norma técnica, ni siquiera había escuchado muy bien esos términos” (Entrevistado N°1).

Se puede establecer que existe una tendencia mayoritaria en señalar que las informaciones técnicas que han adquirido se obtienen por medios informales, es decir, por comentarios de otras personas del mismo equipo de salud, lo que refleja cierto desinterés por parte de los funcionarios de obtener y profundizar mayormente el conocimiento y a su vez, empoderarse de las temáticas que se relacionan directamente con su quehacer laboral.

“A mí me contaron brevemente sobre el Plan Nacional de Salud Mental. Así como que me hicieron un comentario y algo me acuerdo que vi en la televisión, no me acuerdo si fue la presidente Bachelet o alguien que habló de un plan de salud mental” (Entrevistado N°6).

De la misma manera, se puede establecer que hay otra tendencia que es atribuir esta desinformación a la escasa antigüedad laboral en los Hogares Protegidos, por lo que se justifica la inexistencia de herramientas de intervención.

“El Plan Nacional no lo conozco, no puede ser, porque yo llevo un año trabajando acá, por lo tanto, nadie me ha explicado que se trata eso y que tiene que ver con mi trabajo” (Entrevistado N°12).

Por consiguiente, se ha podido apreciar que muchos de los funcionarios ni siquiera contaban con conocimientos en relación al tipo de pacientes que debían cuidar, antes de ingresar a las residencias.

“Es que en el Instituto nunca me informaron que debía hacer o que pacientes tenía que cuidar, yo entre para hacer talleres en el instituto y me trasladaron acá a los hogares, sin saber nada de los hogares, ni de los enfermos” (Entrevistado N°18).

Esta situación se presenta como una constate en el sistema de selección del personal que trabaja en los hogares protegidos –identificado como un obstaculizador en el capítulo anterior-, por tanto el conocimiento que van adquiriendo los cuidadores en su relación laboral respecto al plan nacional, es lo que va moldeando su forma de percibir y construir la realidad, lo que impide conocer sistémicamente los planteamiento del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental.

“Yo entré al Instituto el año 2007, yo ingresé al Instituto sin saber nada de un Instituto Psiquiátrico y no me han capacitado para trabajar en los hogares, ni de los enfermos que debía cuidar” (Entrevistado N°15).

No obstante a lo anterior, se debe mencionar que el Instituto realiza capacitaciones generales sobre temáticas relacionadas con el trato de pacientes psiquiátricos y la salud mental, lo que aporta una base de conocimiento a los cuidadores, sin embargo, no es una capacitación especializada sobre los hogares protegidos, pacientes forenses, reglamentaciones y disposiciones del plan y la norma técnica.

“Ahora estamos viendo el Modelo ocupacional humano y que el año pasado, o sea hicimos más o menos una pequeña teoría y ahora estamos yendo a la práctica, y también estamos viendo el asunto de la rehabilitación, validación y un montón de otras cosas más”
(Entrevistado N°6).

En la misma línea de ideas, algunos funcionarios señalaron que estos cursos están dirigidos principalmente a los monitores de hogar, sin embargo hay una descoordinación interna en las planificaciones de asistencia a los mismos, puesto que esos monitores se encuentran trabajando en jornadas completas o en turnos rotativos, tanto en el instituto como en el hogar, por lo cual, no pueden asistir. Por lo tanto, no hay un acceso igualitario, puesto que la información no se canaliza de manera óptima, dejando implícito que no existe un medio de comunicación fluido entre los funcionarios de los hogares protegidos, los encargados de hogar y el instituto psiquiátrico.

“Se supone que ahora están haciendo un curso de capacitación para los monitores de hogar, se supone que nosotros somos monitores de hogar, pero nadie toma en cuenta que estamos cumpliendo un horario acá y no tenemos reemplazante para asistir al taller”
(Entrevistado N°16).

Como ya se ha mencionado, los cursos impartidos por el Instituto no son necesariamente pertinentes para el quehacer de los cuidadores en los Hogares Protegidos Forenses y por tal motivo, es la experiencia y el sentido común lo que les permite elaborar un conjunto de informaciones, nociones básicas; llámese -nivel bajo de conocimiento- sobre el trato a los pacientes psiquiátricos sobreseídos.

“No conozco eso de la norma técnica, pero si tengo conocimiento de los cursos que ha hecho el instituto, pero es la experiencia y el contacto con unos y otros, que uno va aprendiendo esta cuestión de la salud mental”
(Entrevistado N°4).

En síntesis, los cuidadores sólo tienen una representación general del plan -ya sea, por falta de capacitación específica o por informarse a través de canales alternativos- lo que genera un sesgo de lo que está establecido. Esto quiere decir, que trabajan en base a ideas supuestas, lógicas o preconcebidas por su experiencia y no por lo explícito en el protocolo de atención, estrategias de intervención y funciones refundidas en los documentos oficiales ya indicados.

2.- *Proceso de Rehabilitación de pacientes psiquiátricos*: en relación a esta área específica se observa que no existe claridad sobre el significado de la rehabilitación entre los cuidadores, sin embargo, se han identificado tres tendencias predominantes.

En primer lugar, hay que señalar que existe una conceptualización de los funcionarios, en donde se entiende la rehabilitación como un proceso mediante el cual los pacientes psiquiátricos se insertan a la sociedad, es decir que, a partir de la rehabilitación logran la reinserción social. Sin embargo, los relatos no dan cuenta de una explicación metodológica del concepto, ya que no definen de qué forma se puede lograr esta inserción social.

“Rehabilitación es que se integren a la sociedad, o sea, que ellos hagan su vida lo más normal posible, que ellos puedan trabajar es lo principal. Que hicieran alguna actividad, eso es lo que yo entiendo por rehabilitarse”
(Entrevistado N°3).

A partir de lo anterior, se desprende que la rehabilitación es la integración social del paciente, no obstante, se siguen produciendo círculos viciosos - producto del conocimiento parcial sobre la norma técnica-, por lo que no se contemplan las actividades o tratamientos específicos que deben estar orientados al cumplimiento de los objetivos de la rehabilitación.

“Rehabilitación yo creo que sería haberlos insertados en la comunidad, que cumplan un rol, algo así entiendo que sería rehabilitación” (Entrevistado N°15).

La rehabilitación para los cuidadores, en este caso, es entendida como la necesidad que tienen los pacientes psiquiátricos de relacionarse con la sociedad y desenvolverse en ella de la manera más “normal” posible, de acuerdo a sus posibilidades. En este sentido, las necesidades de los residentes están directamente ligadas a los conceptos de autonomía, trabajo y contacto social con otras personas.

“Rehabilitación es prepararlos para el ambiente de afuera, que sepan desenvolverse, tengan trabajo, que sean responsables y no dependan de una tercera persona”
(Entrevistado N°1).

En definitiva, este segmento de cuidadores, alude a que el concepto de rehabilitación significa introducir a los pacientes a la sociedad, es decir, que el residente tenga acceso nuevamente a la comunidad. No obstante, no se aclaran cuales son los pasos para que éstos lleguen a incorporarse, por lo tanto, existe un vacío conceptual, ya que se obvian los procedimientos para alcanzar la meta propuesta, que es la integración social.

En segundo lugar, hay quienes definen la rehabilitación como un proceso mediante el cual los pacientes psiquiátricos, aprenden hábitos, costumbres, normas, valores, entre otros aspectos, a través de la enseñanza y el refuerzo de conductas, de manera que ellos puedan desenvolverse con autonomía.

“La rehabilitación es tener al paciente constantemente haciendo algo, enseñarles a hacer las cosas, porque la mente de ellos no funcionan muy bien. Entonces hay que enseñarles, pero aquí no tienen ninguna rehabilitación, fuera de pasear, fumar todo el día, ellos no hacen nada más” (Entrevistado N°5).

Queda de manifiesto que rehabilitación se transforma en un concepto ligado a las necesidades educativas y correctivas de la conducta de los pacientes psiquiátricos por parte de los cuidadores, sin embargo, contradictoriamente se extrae de la frase expuesta, que tal objetivo no puede realizarse porque *“no tienen ninguna rehabilitación”*. Lo contradictorio es que los encargados de entregar esas directrices y de reeducar a los pacientes psiquiátricos, son los propios funcionarios de trato directo, de acuerdo a lo establecido en la Norma Técnica y que ellos desconocen a cabalidad.

Se debe considerar que la rehabilitación entendida como acción educativa es un producto de la relación cognitiva que hacen los cuidadores a partir de su experiencia con el proceso de rehabilitación. En consecuencia, el significado de rehabilitación para este grupo de cuidadores no es incorrecto, ya que al descomponer la palabra rehabilitar, significa volver a habilitar a una persona que ha sido desposeída de sus habilidades naturales -en este caso, producto de la enfermedad mental-, para que se desenvuelva de acuerdo a sus propias capacidades. Por lo tanto, habilitar se refiere a enseñarles nuevas formas de comportamiento.

“Entiendo rehabilitación como el ejercicio de crearles hábitos, para poder desarrollar aspectos de su vida o personalidad que están un poco alteradas o nulas. En cuanto a por ejemplo, rehabilitar a un paciente psiquiátrico es volver a habilitarlo para llevarlo a una “vida normal” (Entrevistado N°6).

Desde esta perspectiva, rehabilitar significa que los pacientes psiquiátricos puedan desarrollar autonomía, tomar sus propias decisiones y que sean capaces de cuidarse por sí mismos. Si bien estos aspectos son considerados como resultados esperados por la rehabilitación, se deja en un plano inferior el objetivo de la integración social, ya que, su omisión deja reducida la rehabilitación a aspectos personales, es decir no considera la inhabilitación del medio social (Op. Cit., 1999), ni el tratamiento farmacológico.

“Yo creo que rehabilitación es que sepan manejarse por sí solos, en el sentido de la higiene, lavarse, preparar un plato de comida” (Entrevistado N°2).

Se observa que este segundo concepto, en donde los aspectos educativos se contemplan como base única (enseñanza y reeducación de hábitos de higiene), se caracterizan por excluir el componente social.

Por consiguiente, es preciso señalar que reeducar y/o enseñar al paciente para que este logre su autonomía es relevante, empero no se puede omitir o negar en ningún caso que la rehabilitación es -en gran medida- generada por un cruce de aspectos sociales, personales, farmacológicos, entre otros, que permiten, otorgan y facilitan la rehabilitación.

A diferencia de la primera tendencia, el concepto de rehabilitación no incorpora la integración social, si no que la explica desde una perspectiva reduccionista, ya que se basan en un lineamiento cognitivo-conductual, excluyendo los ámbitos biológicos, psicológicos y sociales del proceso de rehabilitación.

En tercer lugar, una minoría de cuidadores ha definido la rehabilitación como un proceso algo más complejo, dinámico y elaborado, ya que incorporan aspectos individuales y sociales.

Al respecto conviene decir que, este concepto permite visualizar de manera más integral la rehabilitación y asemejarse a lo que plantean los enfoques teóricos, los modelos internacionales de rehabilitación psicosocial, la Norma Técnica de los Hogares Protegidos, entre otros.

“En el fondo la rehabilitación es la recuperación de las cosas que la enfermedad psiquiátrica va sepultando, que no haya deterioro dentro de las capacidades de las personas. También la rehabilitación comprende la parte farmacológica y lo social, lo que es en el fondo la idea de la rehabilitación” (Entrevistado N°11).

En el marco de estas consideraciones, se incorpora el componente farmacológico como parte del tratamiento en el proceso de rehabilitación, ya que hay que tener en cuenta que los pacientes psiquiátricos deben recibir una medicación continua, por lo tanto, cuando se habla de rehabilitación, hay que hacer un énfasis importante en este aspecto.

“En la rehabilitación entran varios temas, la conducta natural que se debería tener dentro de un hogar, como persona; la integración del paciente a la familia. Hay que empezar a verlos como personas de partida, en primer lugar” (Entrevistado N°7).

Es necesario señalar, que la rehabilitación es entendida desde una relación horizontal entre todos los actores que articulan este proceso, ya que en ningún momento se observa al paciente en una posición inferior. Por esta razón, se puede indicar que el significado de rehabilitación introduce un enfoque social, que vuelve a los pacientes psiquiátricos a ser sujetos del mundo, a ser tratados como seres humanos y no como “enfermos”. En otras palabras, los consideran sujetos con derechos y responsabilidades.

Por todo lo anteriormente expuesto, se evidencia que no existe una definición conceptual que permita unificar criterios entre el equipo de salud y los funcionarios de trato directo de los hogares, ya que se observan tres tipos de enfoques diferentes para la definición de la rehabilitación. Obviamente, para lograr los objetivos de una intervención es necesario que los actores participantes del proceso sean congruentes y consecuentes con una idea única, y de esta manera direccionar sus acciones en la misma línea de intervención, cuando esto no sucede no se obtienen logros y/o los resultados esperados.

Por último, conviene decir que no hay claridad en los funcionarios de trato directo para direccionar sus acciones de manera correcta e ideal, con el fin de lograr una efectiva rehabilitación, puesto que hay una variedad de

discursos, que no son certeros, confunden o reducen el significado de rehabilitación.

3.- *Modelo Comunitario de Salud Mental*: otro tema de interés para este estudio es sobre el conocimiento que tienen los funcionarios de trato directo del Modelo Comunitario de Salud Mental que es el impulsor de las nuevas orientaciones de trabajo en el campo.

A través de las entrevistas aplicadas, se demuestra que los funcionarios de trato directo en su mayoría no manejan ninguna información sobre el Modelo Comunitario de Salud Mental, contestando explícitamente no conocerlo, situación que deja en evidencia el bajo conocimiento epistemológico sobre las intervenciones y acciones a nivel nacional, que impide la comprensión y tratamiento de las enfermedades mentales.

Esta situación resulta algo inadecuada, ya que paradójicamente la creación de los Hogares Protegidos se origina a través de la incorporación de este modelo, donde se entiende que el tratamiento hacia la salud mental debe ser con y para la comunidad, con un enfoque integral donde participen todos los actores sociales desde su propia particularidad.

“Yo no conozco el modelo, pero he escuchado hablar como que los quieren insertar a la comunidad ¿Algo así? Yo he escuchado algo con las alumnas que han venido”
(Entrevistado N°4).

La información brindada por los funcionarios, confirma absoluto desconocimiento del modelo, que además se suma a la escasa información

que poseen en otras áreas, antes mencionadas, y que son indispensables en un equipo de trabajo que aborda la complejidad del proceso de rehabilitación con pacientes psiquiátricos sobreseídos de la justicia.

“Yo tampoco tengo claro eso del modelo comunitario, nunca lo han hablado en los cursos. Yo he escuchado poco hablar de eso, más por la gente que viene de afuera, las estudiantes” (Entrevistado N°2).

Por otra parte, la falta de conocimiento del modelo impide una comprensión holística de la rehabilitación, ya que los cuidadores no dan importancia al soporte comunitario, es decir, a todas aquellas instancias, organizaciones y actividades que debiesen contribuir y colaborar en el proceso. Si a esto se incorpora además, la falta de conocimiento del Plan Nacional y la Norma Técnica, se demuestra una confusión general, porque no existe una visión integradora de la comunidad como una pieza clave.

“El Modelo Comunitario tiene que ver con que el Gobierno da una plata para ellos, para mantener los hogares, cosas así. No sé si este tipo de hogares, porque este hogar no, porque depende del Ministerio. No tengo idea, para mantener los hogares, una plata, le pagan al instituto y a la gente” (Entrevistado N°5).

En resumen, los funcionarios de trato directo poseen un bajo conocimiento del Modelo Comunitario en Salud Mental, debido a que las ideas que manejan se originan –nuevamente- a partir de las relaciones sociales establecidas en los Hogares Protegidos Forenses, por conversaciones de

pasillo, el intercambio de conocimientos con sus pares, y no por instancias que el instituto haya brindado. Es decir, existe una ausencia de espacios formales de capacitación y formación para los funcionarios, específicamente sobre los temas de interés para las residencias, lo que ya fue identificado como un obstaculizador en el funcionamiento del equipo de salud.

4.- *Áreas de Intervención de acuerdo a la Norma Técnica de los Hogares Protegidos:* las acciones de rehabilitación que se deben desarrollar en las residencias, como programas de inserción laboral; habitacionales; de capacitación y educación; de recreación; de transporte y comunicaciones; entre otros, no son conocidas por una parte mayoritaria de los funcionarios de trato directo.

En este sentido, los cuidadores afirman que en los hogares se interviene en dos áreas principalmente. La primera guarda relación con los cuidados del paciente, que tienen que ver con el aseo personal, controles periódicos de salud y medicación.

“La área de intervención es el higiene, pero eso lo hacemos por costumbre, pero no porque hay una instrucción que dicen que hay que enseñarles. Los alumnos que vienen como que dan terapia y les enseñan, pero yo les digo que se laven los dientes, que se tomen los remedios, que se cambien de ropa, los acompaño a los controles, en esas cosas intervengo yo”
(Entrevistado N°19).

Dentro de las intervenciones de primera línea, estos aspectos son generales y básicos de cualquier grupo –llámese familia, hogar, residencia protegida- y por lo tanto, en este caso, son los cuidadores quienes deben supervisar el correcto desarrollo de estas áreas. Para ilustrar mejor esta idea, es necesario recordar el concepto de “casa” planteado en el Modelo de Saraceno, en donde se explica que la casa debe ser un espacio basado en experiencias concretas de recuperación, en donde los sujetos y familias tengan el lugar necesario para reeducarse respecto de las enfermedades mentales, de manera que aprovechen las oportunidades que les brinda la vida cotidiana (Op. Cit., 1999). Esto quiere decir, que los cuidados del paciente son un área de intervención básica en un hogar cualquiera, haciendo énfasis en que ésta es sólo el punto de partida y por tanto, no pueden visualizarse por separado de otras áreas de intervención.

“La única área de intervención que conozco es en cuanto a los controles de los pacientes, que vayan al médico una vez al mes, que se tomen sus remedios como corresponde, nada más” (Entrevistado N°3).

De acuerdo a lo planteado, se evidencia que el conocimiento en relación a esta área de intervención, se obtiene a través del trabajo que realizan diariamente los cuidadores en los hogares y no en base a un conocimiento teórico del Modelo Comunitario, Norma Técnica y Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. En otras palabras, es el criterio y raciocinio de los funcionarios en su quehacer laboral que reconocen esa área, pero no por conocimiento explícito de las reglamentaciones generales de intervención.

En esta misma línea argumentativa, la segunda área de intervención se identifica a partir de los relatos desorganizados que hacen los cuidadores, la cual hace referencia al ámbito de recreación, en donde se contemplan principalmente actividades que ocupen el tiempo libre y ocio de los residentes.

“Hay muchos talleres en el instituto pero ninguno en los hogares. Nosotros igual podemos acompañar, intervenir, en el sentido de entretenerlos en el tiempo libre que tienen, porque igual hay monitores especializados, o sea unos chiquillos de la universidad que vienen a hacer talleres” (Entrevistado N°12).

Al igual que el área anterior, *-cuidados generales del paciente-*, se puede observar que los cuidadores hablan desde un punto de vista excluyente, ya que no visualizan otras áreas de intervención propias del sector Salud y además, las de responsabilidad de otros sectores del Estado. En otras palabras, tienen un conocimiento fragmentado lo que les impide la comprensión del proceso en general y por consecuencia, de su propio quehacer en la rehabilitación.

“El Instituto y el hogar no tienen áreas de intervención. Con otro funcionario dimos la idea de hacer un taller musical y el instituto compró instrumentos básicos de composición, ahí aprovechamos de ocupar el tiempo con ellos y en eso podríamos decir que intervenimos” (Entrevistado N°13).

Es en el ámbito de recreación donde los cuidadores debiesen integrar todas aquellas actividades y situaciones en donde los residentes puedan divertirse y participar de acuerdo a sus propias preferencias, a fin de mejorar la calidad de vida de éstos. Empero, cuando se aborda la rehabilitación desde sólo un área, sin contemplar los otros aspectos como educación, trabajo, habitabilidad, entre otros, que en definitiva den una real integración al residente, no tiene ningún sentido la acción desarrollada.

Conviene mencionar además, que existe un grupo de funcionarios de trato directo que manifiesta que al interior del hogar, no hay áreas de intervención donde ellos pudiesen mediar, ya que no reconocen ni identifican las áreas anteriores *-cuidados generales del paciente y recreación-*, como parte de la intervención.

“Es que aquí no hay ninguna área de intervención que se ejecute, no las conozco y por eso no puedo intervenir”
(Entrevistado N°8).

Queda de manifiesto que los cuidadores mantienen un bajo conocimiento de la mayoría de las disposiciones, ya que ni siquiera las acciones rehabilitadoras básicas que ejercen, las interiorizan como contribución al proceso, puesto que rutinizan su labor, sin brindar el valor y relevancia necesaria para la mejoría del paciente, y que además corresponden a las responsabilidades propias del Sector Salud.

“Es que hay cero preocupación, de nada, de la rehabilitación, de sexualidad, de un montón de cosas que nadie habla. Las cosas básicas y lo demás, es iniciativa del funcionario y nada más, porque no hay una pauta de intervención, las pautas las creamos nosotros”
(Entrevistado N°18).

Se puede decir que esto se produce porque los cuidadores no poseen los conocimientos técnicos y las herramientas teóricas para trabajar con este grupo humano, pero lo más importante en esta cadena de falencias, es que no cuentan con el apoyo de los administradores de hogar, para que los guíen, orienten y les otorguen pautas de intervención que se reflejen en una programación concreta al interior de las residencias.

Se puede concluir que existe un bajo conocimiento por parte de los cuidadores, respecto de las disposiciones generales de la política pública en salud, ya que se hace latente la inconsciencia de las materias más específicas, como los campos en donde deben intervenir. En otras palabras, hablan desde la especulación de sus labores, sin entender y dar a conocer cuáles son los aspectos a ejecutar en los hogares de acuerdo a la Norma Técnica.

5.- Roles y funciones de los funcionarios de trato directo de acuerdo a la Norma Técnica de los Hogares Protegidos: en relación a este punto, todos los funcionarios aluden a que sus ocupaciones al interior de las residencias se enmarcan en labores domésticas y administración de medicamentos.

“Mi función es hacer el aseo. Tenemos que cocinar, desayuno, almuerzo, onces, comida, lavar la loza, acompañarlos a que se paguen, llevarlos al consultorio y al instituto a controles” (Entrevistado N°5).

De acuerdo a lo expuesto, se observa que el relato de los funcionarios es de tipo descriptivo, ya que enumeran las actividades cotidianas y domésticas, sin percatarse que cumplen una función con un fin determinado; que es contribuir -desde su acción- al proceso de rehabilitación de los pacientes. En otras palabras, no profesionalizan, ni dan importancia a su quehacer.

“De repente por ejemplo, tengo que cocinarles, tengo que prepararles medicamentos, preocuparme de que se bañen, de que se afeiten, que anden ordenados, de ver cómo están funcionando. O sea todo, todo lo que significa tener una casa a cargo, preocuparme de la limpieza de ellos, de su ropa, que la planchen, eso” (Entrevista N°13).

Se debe señalar que las labores que realizan al interior del hogar, se basan en los cuidados personales de los residentes, que se asemejan al mismo tratamiento brindado en el instituto, ya que no consideran el Modelo Comunitario en Salud Mental, en donde sus funciones incorporan acciones sociales como el reconocimiento del entorno comunitario y la mediación social con la comunidad. Es decir, se deja en evidencia que las labores que realizan son solamente al interior de las residencias, ya que controlan y supervisan al paciente, dando continuidad al tratamiento asilar en los hogares. Asimismo, se puede señalar que a partir de esta situación, el hogar

posee una dinámica relacional con límites cerrados, siendo un espacio que no permeabiliza la interacción y las acciones con el entorno social.

“Acá en los hogares, tú cumples una función de dueña de casa nada más” (Entrevistado N°15).

Si se realiza un ejercicio de comparación entre el discurso de los cuidadores y lo explícito en la Norma Técnica, se observa que sólo ejecutan labores en el área de autocuidado y autonomía doméstica, excluyendo la interacción social, estructuración de rutinas, integración comunitaria con instancias de salud, servicios sociales y organizaciones comunitarias (Op. Cit., 2000).

“Bueno aquí nosotros hacemos aseo, vemos que ellos estén limpios, lavarles la ropa, incentivarlos a que algunos los hagan porque otros lo hacen por si solos”
(Entrevistado N°12).

Es así, que las funciones que caracterizan los cuidadores en sus relatos, no se enmarcan en un trabajo profesional que aporte de manera significativa al proceso de rehabilitación de los pacientes psiquiátricos, y si bien, la presencia de éstos es fundamental para que ellos se encuentren en un estado óptimo de salud, -tanto emocional como física-, no basta con que se cumplan con las funciones mencionadas.

“Bueno aquí hay que hacer el aseo de toda la casa, cocinar, darle sus comidas y en la noche uno tiene que darle los medicamentos, bueno ellos toman medicamentos tres veces al día, en la noche los medicamentos y que se acuesten” (Entrevistado N°14).

En este sentido, existe una tendencia a minimizar el trabajo propio de los cuidadores, reduciéndolo a una labor de auxiliar, sin desarrollar intervenciones específicas, ya que sólo se preocupan de los cuidados generales de un hogar.

“Mi función principal es por ejemplo estar con ellos, darles sus medicamentos a la hora que corresponde, tratar de conversar con ellos, llevarlos para afuera y eso” (Entrevistado N°17).

Corresponde decir, además, que el desconocimiento de las labores y funciones dictaminadas en la Norma Técnica, impide posibilidades reales de integración comunitaria y de la interacción con las organizaciones y actores sociales, puesto que el conjunto de cuidadores no incorpora el rol de intermediario entre la comunidad y los pacientes. En consecuencia, el proceso de rehabilitación se ve estancado ya que los límites de intervención no son permeables con el flujo social de las residencias.

En el análisis sobre las diferentes temáticas establecidas para obtener el nivel de conocimiento de los funcionarios de trato directo, se puede concluir que, en general, todo el conocimiento que los funcionarios de trato directo tienen sobre el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, el proceso de

rehabilitación de los pacientes psiquiátricos, el Modelo Comunitario de Salud Mental, las áreas de intervención de acuerdo a la Norma Técnica de los Hogares Protegidos, y los roles y funciones que deben desarrollar, es a partir de las propias experiencias en el desarrollo del trabajo realizado en las residencias y en el instituto psiquiátrico. Es decir, poseen un bajo conocimiento, adquirido principalmente por el sentido común, las prácticas cotidianas y la socialización de experiencias con los pares.

No obstante, para comprender de manera holística el proceso de rehabilitación de pacientes psiquiátricos, es necesario tener conocimientos sobre todas las temáticas antes mencionadas, a través de instancias formales de capacitación y formación. Lo anterior, debido a la importancia que tiene en el tratamiento de la salud mental, incorporar el enfoque comunitario, que demuestra en la práctica y en las experiencias a nivel mundial, el cambio significativo en la vida de las personas que tienen una enfermedad mental.

Es responsabilidad del instituto psiquiátrico tener en las residencias a personas capacitadas y que cumplan con las responsabilidades que se establecen en la norma técnica, y de la misma forma, velar porque ellos estén interiorizados con el tema de la salud mental y con el proceso de rehabilitación de los pacientes psiquiátricos, realizando constantes evaluaciones y supervisiones en terreno.

Del mismo modo, es responsabilidad de los propios funcionarios incorporar elementos teóricos y metodológicos en el trabajo cotidiano con los pacientes psiquiátricos, ya que de este modo, favorecen la rehabilitación de los

residentes e interiorizan conocimientos de pertinencia laboral, que les permite ser sujetos competentes en el área y con potencialidades de acción.

7.2.- Opiniones de los funcionarios de trato directo

Este trazado del estudio enfoca el análisis sobre la opinión de los funcionarios de trato directo, específicamente de la subjetividad de los trabajadores, respecto al proceso de rehabilitación de los pacientes psiquiátricos en los Hogares Protegidos Forenses.

Si bien la opinión es el acto de opinar sobre un tema en particular -la cual se asocia a los juicios subjetivos- también en la opinión están presentes las atribuciones, que son las explicaciones que asignan causalidad a la opinión. De este modo, se han establecido diferentes temáticas para conocer la opinión de los funcionarios de trato directo, las que se enmarcan en los siguientes puntos:

1.- *Proceso de rehabilitación de pacientes psiquiátricos en los Hogares Protegidos:* frente a este tópico se han identificado tres tipos de opinión de los funcionarios de trato directo.

En primer lugar, un grupo de cuidadores opina que no hay ninguna acción que favorezca la mejoría de los pacientes, ignorando cualquier elemento o situación al interior del hogar como un proceso de rehabilitación.

Desde esta perspectiva, se puede observar que los cuidadores no tienen capacidad para reflexionar en cuanto a sus funciones y el rol que juegan en el proceso de rehabilitación. De la misma manera, se evidencia cierto

conformismo ante el sedentarismo de los pacientes induciendo a una continuidad hospitalaria. Esto quiere decir, que los cuidadores al no ver un proceso de rehabilitación siguen propiciando un tratamiento clínico, sin integrar los principios fundamentales del Modelo Comunitario en Salud Mental.

“Más bien para mí los pacientes están vegetando. No están haciendo nada productivo, o sea, con eso que se hace al interior de los hogares, es como enfermar más a las personas, porque ellos se dejan estar no más, viven no más, nada más” (Entrevistado N°7).

Conforme a lo expuesto, que los cuidadores no visualicen el proceso de rehabilitación, se debe al bajo conocimiento que tienen de las políticas públicas en salud mental, el modelo comunitario y la norma técnica, lo que se manifiesta en un discurso único marcado por prejuicios y opiniones negativas sobre el proceso de rehabilitación.

“No hay rehabilitación. El mundo de ellos es caminar para allá, para acá y fumar, no hay ninguna actividad que los saque de esa rutina” (Entrevistado N°5).

Los cuidadores al no distinguir el proceso de rehabilitación al interior de los hogares, tienen una valoración negativa frente a su propio trabajo, la instancia del hogar y todos los conjuntos de acción que promueven la rehabilitación. Esto se relaciona con sus experiencias, motivaciones, expectativas e intereses, lo que produce opiniones, interpretaciones

equivocadas y/o pre-juicios frente a una determinada realidad, en este caso el proceso de rehabilitación.

En segundo lugar, otro grupo de cuidadores a diferencia del primero, opina que es escasa la rehabilitación por diferentes motivos, que tienen que ver principalmente con la falta de planificaciones y actividades deportivas, recreativa y otras, que permitirían la habilitación social del paciente.

“Rehabilitación al interior del hogar hay muy poca. Casi nada, porque de la institución no hay ningún taller o actividad que incite a la rehabilitación de los chiquillos”
(Entrevistado N°8).

De acuerdo a la experiencia de los cuidadores en los hogares, se justifica la escasa rehabilitación por la ausencia de todo tipo de actividades. Sin embargo, en ningún relato los cuidadores mencionan de quién es la responsabilidad de planificar y ejecutar dichas tareas, como se mencionó en el obstaculizador del funcionamiento del equipo de salud. De la misma manera, al no abordar la intervención desde un *enfoque multidisciplinario*, los cuidadores no se identifican como parte del equipo y no internalizan su función.

Por otra parte, los funcionarios de trato directo, señalan también como argumento, la carencia de profesionales especializados para que el proceso incorpore las herramientas técnicas de intervención.

“La rehabilitación es escasa, porque no existe un terapeuta en los hogares. Hay mal manejo de la jefatura, yo creo que por ahí pasa y en realidad aquí no hay nada de terapia” (Entrevistado N°11).

De igual manera, se asigna la responsabilidad de rehabilitación a los pacientes, ya que justifican que los residentes no están preparados para dicho proceso, puesto que estarían en un modo de sobrevivencia en la casa, sin mantener un interés real en la integración social. Sin embargo, cabe mencionar que se observa que no hay incentivos o estimulaciones por parte de los cuidadores para romper con esa rutina e iniciar acciones rehabilitadoras.

“Yo personalmente veo la rehabilitación muy escasa, porque yo los veo a ellos como muy planos, ellos se conforman con el cigarrito, con comer y dormir” (Entrevistado N°4).

En tercer y último lugar, algunos funcionarios de trato directo opinan que el proceso de rehabilitación al interior de los hogares, se ve afectada por el escaso apoyo familiar que tienen los residentes, situación evidenciada y descrita en profundidad en el capítulo anterior como un obstaculizador.

“Yo creo que parte del fracaso de la rehabilitación, es porque también hace falta la familia de los chiquillos, porque los pacientes están muy solos en esto” (Entrevistado N°16).

En contraste a lo dicho, cabe considerar que los residentes han cometido delitos graves al interior del grupo familiar, ocasionando fuertes conflictos y traumas a los miembros de la familia, donde en la mayoría de los casos, no se ha reparado el daño, es decir, no se ha trabajado con el paciente, los familiares y el conflicto en sí. De acuerdo a esto, es necesario advertir que los cuidadores -producto de su práctica cotidiana y de los años de experiencia en el trabajo desempeñado-, tienen sus propios argumentos para comprender la ausencia de la familia en el proceso de rehabilitación y dar explicación al extenso tiempo que los residentes permanecen en los hogares.

“Ellos no tienen su red de apoyo, se van a quedar aquí en los hogares hasta que se mueran, porque obviamente son muy pocos los familiares que se van hacer cargo, por que los encuentran un cacho” (Entrevistado N°18).

Es manifiesto que la opinión de los cuidadores es pesimista frente a las posibilidades de rehabilitación de los pacientes psiquiátricos. En otras palabras, existe cierta desesperanza en los relatos, ya que han observado que no hay instancias necesarias al interior del hogar, ni procedimientos técnicos para que el proceso de rehabilitación cumpla con el objetivo de reinserción social y con los valores y principios del modelo de atención comunitaria.

Los relatos anteriores, dejan en evidencian que los funcionarios de trato directo tienen una opinión negativa frente al proceso de rehabilitación, ya que ésta opinión se ve condicionada por la falta de información que tienen respecto del procedimiento, justificándola a partir de otros factores

obstaculizadores como la falta de actividades, la ausencia de la familia y la escasa intervención de especialistas.

2.- *Desinstitucionalización y creación de los Hogares Protegidos:* existe la tendencia mayoritaria de los funcionarios de trato directo, en opinar que la desinstitucionalización es algo positivo para el tratamiento y rehabilitación de los pacientes psiquiátricos, ya que permite desarrollar potencialidades de acción en los sujetos, que al interior del instituto psiquiátrico serían imposibles de obtener, ya sea por el encierro o por el escaso contacto social que pueden establecer los pacientes.

“Yo creo que está bien lo de los hogares. Encuentro que estar metido en un instituto, encerrados, no les hace bien y no se mejoran para nada así” (Entrevistado N°1).

En la perspectiva de los funcionarios de trato directo, el Instituto Psiquiátrico anula las posibilidades de rehabilitación a aquellas personas que tienen una enfermedad mental, pues el encierro es una privación de las libertades individuales. Por ende, los cuidadores otorgan una valoración positiva al cambio de tratamiento, del Modelo Asilar al Modelo Comunitario.

En esta misma línea de ideas, la opinión se sustenta en la posibilidad que tienen los residentes de tomar sus propias decisiones, es decir, la capacidad de autonomía y autodeterminación al interior de los hogares.

“Yo encuentro que es algo positivo, porque allá en el instituto ellos funcionaban en formas diferentes, allá todos hacían lo mismo, no tienen tanta libertad para hacer cosas como acá, porque allá es una rutina, es un círculo vicioso; comer, levantarse, acostarse. Y encuentro que aquí tienen más actividad, se ha podido potenciar las capacidades de cada uno, entonces ha favorecido y aparte sirvió también para descongestionar un poco el instituto, también había hacinamiento, entonces igual ha servido por la parte de salud mental y lo que es la salud en especial de los chiquillos” (Entrevistado N°12).

A pesar que en las residencias existen pautas delimitadas en cuanto a los cuidados básicos del paciente (aseo personal, alimentación y medicación), éstas son mucho más flexibles que las del instituto, pues los residentes tienen el espacio para decidir o influir sobre sus tiempos y las actividades diarias de acuerdo a sus preferencias.

“La interacción con el otro sirve mucho. Acá los chiquillos se han adaptado súper bien al sistema del hogar. Acá los que llegan, se les trata de inculcar un poco como la cultura que hay acá, se aceptan y se acomodan súper bien, porque igual es como flexible, así como que salgan. Entonces tienen la libertad de salir, igual hay normas, se respetan los horarios obviamente y se trata de compartir con ellos en cuánto a sus intereses, uno no puede ser tan estricto” (Entrevistado N°13).

Por lo anterior, se infiere que para los funcionarios de trato directo, la desinstitucionalización se circunscribe en otorgar calidad de vida a los pacientes psiquiátricos, ya que a partir de ésta instancia, pueden obtener una atención personalizada y con componentes sociales de integración.

“Lo encuentro bastante bueno, porque de hecho ellos están en una casa, están formando como una familia, porque son una familia ahora, ya que están hace muchos años juntos en esta casa” (Entrevistado N°20).

A través de la desinstitucionalización, los pacientes psiquiátricos se relacionan nuevamente con la sociedad y pueden reencontrarse con un mundo del cuál habían sido marginados. La oportunidad de formar una familia en estos hogares, es el reflejo de que estas instancias son propicias para la recuperación, adaptación y/o habilitación hacia el entorno social.

“La desinstitucionalización ha sido muy favorable, yo creo que bastante favorable para ellos, porque sienten el cambio. Por ejemplo, el mismo sabor de la comida es diferente, allá les dicen -acá esta tu plato, toma y sírvete, acá es diferente, hasta en esas cosas básicas ha sido favorable” (Entrevistado N°11).

A pesar de lo dicho, los cuidadores, aún estando de acuerdo con la creación de los hogares, admiten que esta instancia de rehabilitación, sólo sería efectiva cuando la comunidad esté informada, en otras palabras, se promueva la difusión y sensibilización de la salud mental y el proceso de

rehabilitación, para que no se produzcan estigmas y/o prejuicios frente a los pacientes.

“Yo creo que la desinstitucionalización siempre es buena cuando el lugar sea bueno, la comunidad esté al tanto, informada y no haya gente discriminatoria, no habría ningún daño, ya que no se perjudica a los pacientes de esta manera” (Entrevistado N°2).

Por otra parte, otros cuidadores manifiestan que no están de acuerdo con el sistema que se genera al interior de los hogares, ya que existe un vacío administrativo que impide que se realicen más acciones de rehabilitación para los residentes, que tiene que ver con la falta de planificación y programación de las actividades, tanto para los pacientes como para los funcionarios.

“Mi opinión con respecto de los Hogares es que estoy de acuerdo con los hogares, ahora con lo que no estoy de acuerdo es el sistema que tiene cada hogar o los hogares en general. El sistema es no integrar al paciente como, haber cómo te explico, es como una familia y cada integrante de la familia tiene que tener un rol, ¿me entiendes? Así como nosotros, en cada una de sus casas tendrían que hacer algo, funciones, aquí no se hace eso, nada de actividad ni responsabilidades. Y de partida, partiendo por los funcionarios, -para que estamos con leseras-, esto es como en el fondo para que descansemos todos” (Entrevistado N°7).

Los cuidadores realizan una reflexión crítica al respecto, identificando obstaculizadores de la gestión interna de los hogares, que dan cuenta del estancamiento del proceso, que van desde las directrices institucionales hasta su propia labor como funcionarios de trato directo.

Desde otro punto de vista, un grupo minoritario de funcionarios consideran que los hogares tienen una doble funcionalidad y por lo mismo le otorgan un doble valor, por una parte, favorece el cuidado general del paciente -ya que las necesidades básicas están cubiertas- y por otra parte, la sociedad se encuentra protegida de posibles situaciones de riesgo.

“Es favorable en el sentido de que es un hogar protegido, ellos están protegidos de la sociedad. Porque la sociedad aceptaría ponte tú a un “Juan”, que saben que es una persona que está enferma psiquiátrica y que es un pedófilo, que en cualquier momento puede violar una persona o puede hacer quizás qué barbaridad. Entonces yo pienso que en ese sentido está bien la implementación de los hogares, que los tengan protegidos a ellos y a la sociedad, protegidos de ellos” (Entrevistado N°15).

El discurso planteado resulta incongruente con el Modelo Comunitario y el fin último del proceso de rehabilitación, ya que se sigue excluyendo de la sociedad a los pacientes, debido a que se puede observar la postura del tratamiento clásico que realizan hacia la salud mental y las ideas de encierro, enajenación, vigilancia y control social.

“Los hogares fue lo mejor que pudieron haber hecho, porque sino los pacientes estarían botados en la calle, quizás haciendo que lesera. Igual suena como crudo, pero o si no, estarían haciendo delitos, matando gente, aquí están seguros ellos y la sociedad, la verdad es que la sociedad también está segura y protegida”
(Entrevistado N°6).

En contraposición a esta idea, algunos cuidadores expresan que no están de acuerdo con la desinstitucionalización, a través de la instancia de Hogares Protegidos, ya que según ellos se reproduce la situación de encierro e inactividad de los pacientes al igual que en el tratamiento asilar, debido a la falta de planificaciones, actividades recreativas, psicoterapias individuales y familiares, es decir, todas aquellas acciones rehabilitadoras que promueven la mejoría del paciente.

“Yo creo que la institucionalización se repite en los hogares al no tenerles una actividad. Tenerlos inactivos a los pacientes, yo creo que es el peor error”
(Entrevistado N° 14).

Se evidencia que una parte importante de cuidadores piensa y argumenta que la desinstitucionalización y la creación de los hogares protegidos propicia la interacción social, las conductas adaptativas, el sistema familiar, las libertades individuales y grupales, la atención personalizada, entre otras, que promueven la mejoría de los pacientes y favorecen el proceso de rehabilitación.

Sin embargo, otros cuidadores desde un punto de vista crítico, reconocen los obstaculizadores que frenan el proceso, a través de círculos viciosos propios de la administración pública, como la falta de transparencia, planificaciones, el incumplimiento de deberes, entre tantos más, los cuales impiden el sentido particular de los hogares protegidos y todas las acciones que persiguen la rehabilitación desde un modelo comunitario de atención.

3.- Comunidad en el proceso de rehabilitación de los pacientes psiquiátricos: en referencia a este ítem, se evidencia una sola postura de los cuidadores, en donde opinan que la comunidad no está preparada para involucrarse en el proceso de rehabilitación de los residentes.

Por una parte, los trabajadores argumentan que el Instituto Psiquiátrico no ha propuesto un plan de trabajo que abarque la promoción de la Salud Mental en las comunidades, donde están ubicados los hogares, sensibilizando al barrio en temáticas como; patologías, perfil de los pacientes, tratamiento clínico, proceso de rehabilitación, enfoque comunitario, entre otros. En consecuencia, los vecinos se relacionan desde los prejuicios y la escasa información que poseen, generando estigmas y concepciones inadecuadas de la figura del “enfermo mental”.

“No creo que estén preparados, en realidad muy pocos, porque no hay contacto, no hay una preparación, porque creen que porque son pacientes psiquiátricos, son unos locos que van a ir a matar. Van al tiro a denigrarlos como personas, como humanos” (Entrevistado N°1).

El desconocimiento en el área de la salud mental provoca que entren en juego las representaciones sociales hacia los pacientes psiquiátricos, lo que predispone una interacción social compuesta de subjetividades y experiencias que en lo general, se relacionan con los aspectos negativos en torno a la construcción de la imagen de una persona con discapacidad psíquica. En otras palabras, se entiende que una comunidad desinformada actuará de manera prejuiciosa, teniendo como referencia aquellas situaciones negativas que se destacan a través de los medios de comunicación masivos y que son de connotación social, por lo que la opinión pública condiciona -de cierto modo- la interacción social entre los vecinos y los residentes de los hogares.

“Yo creo que la comunidad no está preparada. Falta educar más a la población, porque ya que la psiquiatría se está dando a todo nivel, porque conversábamos la otra vez, que en todas partes en donde usted vaya hay pacientes con depresión y mucha esquizofrenia. Entonces en todas partes se está dando la enfermedad mental y en este país hay mucho psiquiátrico” (Entrevistado N° 2).

Se puede evidenciar que los programas a cargo y de responsabilidad de la comunidad y otros sectores del Estado, no están bien direccionadas por parte del Equipo de Salud, ya que las acciones de promoción y prevención de la salud mental en los barrios han sido precarias y no se han articulando todos los esfuerzos necesarios para que las municipalidades, organizaciones y otros actores social contribuyan en el proceso de rehabilitación.

“Yo creo que falta más comunicación por parte de la comunidad, es decir, que la gente esté preparada para enseñarles a la sociedad de que los pacientes no son peligrosos, que están con medicación, que pueden rehabilitarse nuevamente y que puedan confiar en ellos, lo importante es que puedan confiar en ellos. Pero igual hay que hacer como un trabajo súper bien, preparar a la gente” (Entrevistado N°3).

De la misma manera, es necesario mencionar que al vincular la escasa promoción y sensibilización de la temática, en el entorno comunitario, ha provocado un obstaculizador en el proceso de rehabilitación de los pacientes, puesto que vecinos y funcionarios desconocen el Modelo Comunitario en Salud Mental, negando la posibilidad de involucrarse como conjunto de sociedad civil u organización social para una intervención integrada.

“Los vecinos no están preparados, porque falta la comunicación, haber puesto al tanto a la gente, haberle explicado que tipo de pacientes eran, por último no con tantos detalles a fondo, porque no tienen por qué saber los diagnósticos a fondo, pero si para que estén preparados, que no estén arrancando, ni rechazándolo, ni nada, sino que los integren de una forma normal, nada más, como una familia más que llegó al barrio” (Entrevistado N°7).

Por otra parte, los funcionarios de trato directo coinciden en que la comunidad no estaba preparada para la inserción de los hogares, hecho por el cual en varias residencias se ocasionaron conflictos menores, en donde los vecinos argumentaban que la sola presencia de los pacientes en el barrio, les incomodaba, producto de ciertas conductas que calificaban de “extrañas”.

“Tuvimos muchos problemas, hace tiempo un cuidador iba a hablar con los vecinos, y eso debería haberlo hecho el terapeuta, o los mismos jefes, o bueno, nosotros mismos, haberlos interiorizado a ellos, de que es un hogar psiquiátrico, que es un paciente compensando, pero los vecinos aquí no estaban preparados para ellos”
(Entrevistado N°7).

En referencia a la desinformación comunitaria, los cuidadores opinan que los pacientes han utilizado sus propias capacidades para desenvolverse en la comunidad, como por ejemplo, estableciendo relaciones funcionales con los comerciantes del sector. De esta manera, los vecinos han conocido de primera fuente a los nuevos residentes y por lo mismo, han interactuado con ellos, aceptándolos y dando cuenta de que son parte del barrio al igual que otras familias.

“Los chicos vienen recién llegando, tu vas viendo como se desenvuelven, pero los chiquillos son un siete, ósea yo creo que todas las personas que están en frente al hogar, por ejemplo los de la iglesia siempre los saludan, están en las calles, los negocios cercanos, también los conocen, ellos nunca han tenido maltrato contra ellos, porque ellos son muy educados, son muy respetuosos, aparte que para los negocios cercanos, ellos son una bendición porque son súper buenos para comprar”
(Entrevistado N°18).

En su totalidad, los funcionarios de trato directo opinan que los vecinos de los hogares, no estaban preparados para la inserción comunitaria, tanto por la desinformación como por los prejuicios hacia la salud mental. Es decir, en el intercambio relacional entre la comunidad y los pacientes psiquiátricos, operan representaciones sociales negativas, ya que siguen produciéndose prácticas de exclusión, que impide la participación de todos los actores social.

De esta manera, se puede deducir, que es prematuro indicar que la comunidad pueda involucrarse de manera sistemática en el proceso de rehabilitación y ser un aporte concreto para la mejoría de los pacientes, sin antes dar inicio a un programa serio de inserción comunitaria, promoción y prevención de la salud mental.

4.- Rol del funcionario de trato directo en el proceso de rehabilitación de los pacientes psiquiátricos: en relación a este ítem, la mayoría de los funcionarios de trato directo opinan que su rol es preponderante en el

proceso, ya que ellos son los encargados de entregar los cuidados básicos y están constantemente en las dependencias del hogar, lo que permite una interacción continua y permanente con los residentes.

De este modo, la opinión que tienen los cuidadores, es a partir de la imagen que conciben del hogar como una familia, en donde ellos son los responsables de las labores domésticas y otras. En otras palabras, observan a un grupo humano donde ellos son quienes marcan las pautas de comportamiento, quienes administran los tiempos, horarios y espacios, ejerciendo un liderazgo en las relaciones interpersonales que se establecen al interior del inmueble.

“Yo encuentro que mi rol es en parte muy importante y me gusta trabajar a mí con este tipo de pacientes, me gusta trabajar, yo me siento muy encariñada al estar aquí, me siento con una alegría, vengo con harto cariño a trabajar con ellos” (Entrevistado N°2).

Bajo esta premisa, los cuidadores opinan que su figura es importante para el proceso de rehabilitación de los pacientes, ya que tienen un rol dinámico-activo, es decir, su papel es cambiante puesto que cumplen con aspectos laborales, personales y familiares.

“El mío es un rol como de todo un poco, yo hago de todo acá, soy la mamá, la tía, la hermana, soy el primo, el cuñado, la cocinera, de todo. Hago de todo acá, soy hasta terapeuta a veces, soy hasta la doctora. Hay que hacerlas de todo aquí en los hogares” (Entrevistado N°1).

Los cuidadores sustentan su opinión al reconocer la valoración que hacen los residentes del trabajo que desempeñan, en donde su figura pasa a ser un apoyo social y emocional tangible, que permite la generación de afectos, apegos, vínculos íntimos de confianza y el sentimiento de ser querido en los pacientes.

“Más que nada ellos a uno igual la ven como importante, porque ellos en el fondo -su familia, no tienen familia, no existe la familia, entonces ellos en el fondo, esta es su casa y nosotros su familia. Ellos a uno la respetan, igual uno les pone reglas y ellos terminan al final acatándolas, entonces a uno igual la valoran, yo creo que mi rol es fundamental para ellos” (Entrevistado N°4).

De acuerdo a lo expuesto, los cuidadores al estar presentes en la dinámica relacional al interior del hogar, piensan que forman parte del proceso rehabilitador, porque entregan pautas elementales de socialización, que en otras palabras les permite a los pacientes establecer roles, aprender normas y valores que facilita la interacción con una cultura familiar y social. En consecuencia, los cuidadores han observado que los pacientes han incorporado a sus personalidades y conductas elementos que son característicos de ellos, por lo que opinan que su rol, es un referente.

“Yo opino que es importante, es un rol que en el fondo es tratar de rehabilitar, de interactuar con ellos. Ellos se refleja mucho con uno, nosotros tenemos que ser líderes para ellos” (Entrevistado N°12).

Es necesario señalar que sólo un entrevistado indicó, sentirse incómodo con su rol al interior de los hogares, porque opina que hay incongruencias y contradicciones en la praxis, en otras palabras, no hay una concordancia entre las disposiciones institucionales y lo que se ejecuta a diario.

De esta manera se puede decir, que sólo un trabajador realizó una reflexión crítica en cuanto a su desempeño y el de sus pares, y lo que realmente debiera hacerse en los hogares para ser un aporte sustancial en el proceso de rehabilitación.

“No me gusta cómo me siento al interior del hogar. Yo siento que uno podría hacer mucho más, pero también existe esa cosa de... -a propósito de los pares- de que generalmente para los pares hay otras prioridades, hay otras cosas mucho más importantes. Y al final uno termina estando por una necesidad, porque esa es la verdad, terminamos estando por una necesidad, porque yo esta altura quisiera ya no venir más a los hogares. Pero yo no me estoy sintiendo conforme con lo que hago, porque yo y todos podríamos hacer mucho más”
(Entrevistado N°7).

Cabe entonces entrelazar este análisis de opinión, con lo mencionado en el nivel de conocimiento que tienen los cuidadores respecto de sus roles y funciones, según la Norma Técnica, ya que se observa una contradicción entre lo que conocen y opinan.

Por un lado, al preguntarles específicamente por lo que conocen de sus funciones, manifiestan que su rol se basa sólo en aspectos domésticos, cuidados básicos del paciente, sin dar importancia a su quehacer profesional. Y por otro lado, al indagar qué opinan de su rol, exponen que es fundamental para el proceso, puesto que contribuye a la interacción social, estructuración de rutinas y comportamiento.

De esta manera -al analizar sus relatos y generar un cruce de posturas-, se evidencia que los cuidadores no tienen instalada una capacidad reflexiva entorno a su trabajo, ya que en el nivel de conocimiento minimizan sus labores, reduciéndolo a una labor de auxiliar sin dar cuenta de intervenciones específicas, y en contraposición en el tipo de opinión, valorizan su rol, ya que verbalizan ser un apoyo preponderante para los pacientes en su proceso de rehabilitación.

La opinión que tienen los cuidadores en relación a su rol en el proceso de rehabilitación es positiva, ya que mayoritariamente expresan ser un apoyo social para los residentes y por lo mismo, están a gusto con lo que desarrollan a diario en los hogares. De otra manera, sólo se evidencia una perspectiva reflexiva en torno al proceso y al rol, identificando un obstaculizador que guarda relación con las labores propias de los funcionarios de trato directo como un eslabón en la rehabilitación.

5.- *Creencia en la rehabilitación:* considerando los años de experticia que tienen los cuidadores en el campo de la salud mental y el trabajo diario desarrollado en los hogares protegidos, se les preguntó directamente si creen en la rehabilitación de los residentes.

La mayoría de los cuidadores respondió que efectivamente creen en la rehabilitación. No obstante, señalan que en los hogares el proceso mediante el cual se obtiene, no es eficaz, puesto que está condicionado por factores tanto internos como externos, que obstaculizan las acciones rehabilitadoras. En otras palabras, la rehabilitación comprende todas las responsabilidades del Estado y otros sectores de la comunidad, sin los cuales las posibilidades de mejoría y reinserción social de los residentes son precarias.

“Yo creo en la rehabilitación, pero ojala hubiera más gente y más recursos que pudieran apoyarlos, que pudieran expandirse y yo creo que esto sería una sociedad muy bonita si aceptáramos, porque en los mismos trabajos a veces rechazan por tener un impedimento y ellos a veces, tienen muchas habilidades artísticas, saben pintar, saben escribir, saben computación, son personas que son importantes dentro de la sociedad, pero mientras no se eduque a la población, no va a cambiar esta sociedad”
(Entrevistado N°2).

Como se ha mencionado a lo largo de este capítulo, en los discursos de los cuidadores, emergen aquellos elementos que frenan el proceso de rehabilitación, siendo uno de los más reiterativos la desinformación de la sociedad frente a la temática de salud mental. Cabe mencionar, que los pacientes de los hogares ya interactúan con su entorno inmediato, pero éste no se encuentra, en muchos casos, preparado en su totalidad para aportar de manera significativa a los requerimientos de una población con necesidades especiales.

Para ilustrar mejor esta idea, no son solamente los pacientes los que deben integrarse a la sociedad, sino, que la sociedad también debe habilitarse a todas las personas con condiciones distintas, ya que la rehabilitación implica una interacción dinámica de retroalimentación continua, donde la educación, para ambos, es primordial.

En virtud a este contexto, queda en evidencia que los cuidadores identifican vagamente una de las estrategias del Plan Nacional de Salud Mental, para incentivar la intersectorialidad e informar a la comunidad sobre las temáticas de la salud mental y asimismo, reconocen que éste es uno de los mayores desafíos a resolver. Sin embargo, su desconocimiento sobre las disposiciones generales del plan, el modelo y la norma técnica, les impide observar que también sus funciones son las de promover e informar al entorno comunitario, siendo una de las partes fundamentales para lograr un cambio de mentalidad en lo micro social.

“Yo creo en la rehabilitación, pero va a acostar porque va a tener que haber un cambio de mentalidad a nivel nacional” (Entrevistado N° 6).

De otra manera, los cuidadores opinan que existe una necesidad de integración en el ámbito laboral, ya que los residentes han manifestado interés y motivación por desarrollar actividades productivas que les permita obtener una compensación económica. La opinión de los funcionarios, está directamente relacionada con los programas de inserción laboral que plantea la Norma Técnica, en donde se señala la creación de puestos de trabajo protegidos, empero, desde el instituto no se realizan las coordinaciones y convenios con empresas locales para la ejecución de dicho programa.

“Sí, si de todas maneras creo en la rehabilitación ¡De hecho es admirable! Mira yo por ejemplo hoy día fui a control y vi a un paciente que él no se quería ir de los hogares, y me lo encontré con que estaba casado y que está muy feliz, porque está trabajando y súper bien, entonces uno queda como contenta, porque le dije: - Viste? No te querías ir y ahora estas afuera- y él me respondió: -No tía, si ahora estoy más feliz que nunca, estando afuera” (Entrevistado N°3).

La creencia en la rehabilitación está sujeta a la posibilidad de que los pacientes puedan recuperar y adquirir hábitos, habilidades, estrategias y capacidades socio-laborales, para enfrentarse a las exigencias de un mercado laboral normalizado, que muchas veces no contempla puestos para personas con necesidades especiales. En otras palabras, la rehabilitación - considerando la inserción laboral- proporciona la autonomía e independencia para que los pacientes se sientan validados socialmente y puedan contribuir en los procesos productivos como sujetos funcionales.

“Sí, de todas maneras creo en la rehabilitación, porque aquí de hecho hay pacientes que salen a trabajar afuera y ellos se manejan muy bien afuera, son muy responsables y saben desenvolverse por sí solos” (Entrevistado N°3).

De otro modo, los cuidadores opinan que existe una insuficiencia tanto en recursos humanos como económicos, por lo que su creencia en la rehabilitación también se ve condicionada por estos aspectos. Es decir, si la Institución supliera estas falencias -infraestructura, alimentación,

especialistas, implementación de recursos tecnológicos, entre otros- los residentes tendrían mayores posibilidades y oportunidades para egresar de los hogares como sujetos íntegros.

“Creo en la rehabilitación, pero con medios, medios económicos, sin medios no se puede hacer nada. Con la cooperación de una terapeuta, que estuvieron ocupados, que tuvieran una actividad, por ultimo diaria, que el fin de semana hicieran algo, ni un problema, es un relajó, como una actividad pero que tengan también su recompensa, no mucho, pero que tengan su recompensa, que ellos vayan haciendo sus cosas, pero en diferentes actividades”
(Entrevistado N°7).

La rehabilitación sólo es real cuando el gasto social es equivalente a una intervención holística, que entregue todas las herramientas que se requieren para confrontar esta sociedad, cada vez más competitiva, consumista e individualista, es decir, que el paciente pueda hacer frente a todos los desafíos actuales.

“Por ejemplo el Instituto podría darnos las herramientas, mandarnos Terapeutas, Kinesiólogos para los abuelos, algún Terapeuta Ocupacional que les haga talleres y en mejores casas, con computadores, todo esto y estaríamos listos, aplicados, ordenados y podríamos trabajar. Pero como eso no pasa... Si uno los deja solos a los chiquillos, no los van a pescar en ningún lado” (Entrevistado N°6).

Es así también, como los funcionarios de trato directo opinan que la escasa participación de la red familiar con los pacientes -como factor externo a las responsabilidades del sector salud- coarta su creencia en la rehabilitación. Esto provoca en los pacientes sentimientos de soledad y los obliga a mantenerse en el sistema residencial alternativo, generando un impacto negativo en la recuperación y reinserción social.

“Si creo en la rehabilitación, pero lo que pasa, es que hay que ver toda la cosa social afuera, el apoyo social, el apoyo familiar. Cada persona, que cada paciente tenga una red de apoyo, se puede hacer muchas cosas y mantenerse en el tiempo. Uno cree en la rehabilitación, lo que pasa es que son factores externos, unos no tienen dónde ir, no tienen una red de apoyo, otros sí. Pero la rehabilitación es posible, ósea hay que dedicarse en tiempo, hay que estar en la red, siempre. Tienes que ser una persona sana entre ellos, para que puedas responder bien” (Entrevistado N°12).

Se subentiende que el grupo familiar es un soporte importante para la mejoría de los pacientes, pero es sólo una parte de la red extensa, compuesta por la comunidad, los profesionales, los pares, las instituciones, entre otros actores, que sólo en su conjunto, pueden articular todas las acciones para una intervención que propicie la rehabilitación.

Desde un enfoque totalmente opuesto, una minoría de cuidadores, declaran abiertamente no creer en la rehabilitación de los pacientes psiquiátricos, ya que de acuerdo a su experiencia y a lo que han podido observar en su

quehacer cotidiano, no existen cambios significativos para que los residentes puedan rehabilitarse.

“Huy si respondo eso capaz que me echen. No, no creo en la rehabilitación y si llegara a existir sería muy mínima, porque aquí adentro no se hace mucho para ayudarlos”
(Entrevistado N°7).

Se puede observar que los cuidadores incorporan en su discurso, una suerte de desesperanza aprendida por la convicción de que no pueden modificar las falencias que están presentes en el proceso de rehabilitación. En otras palabras, la rehabilitación está mediada por las perspectivas frente a la realidad que observan y el conformismo de sus acciones.

“Yo no creo en la rehabilitación, socialmente no hay rehabilitación, pero sí en otros aspectos, en el sentido clínico sí, respecto a los fármacos sí, pero socialmente no, socialmente no hay rehabilitación” (Entrevistado N°15).

La opinión de los funcionarios de trato directo, en base a su experiencia laboral, los obliga a pensar que los medios necesarios para que la rehabilitación sea posible, no están a su alcance, puesto que tienen internalizada la idea que ellos no controlan esa realidad y no pueden cambiarla.

Se concluye que la mayoría de los cuidadores, identifican elementos obstaculizadores que frenan la rehabilitación, no obstante, mantienen una opinión favorable sobre la creencia en la mejoría de los pacientes

psiquiátricos, puesto que le otorgan valor al paciente como persona, creen en sus capacidades y posibilidades de reinsertarse a la vida social en todos sus niveles. Desde un punto de vista contrario, un grupo minoritario opina no creer, debido a que no existen los medios necesarios para que los pacientes puedan rehabilitarse. En otras palabras, no consideran que el trabajador en el área de salud mental, requiere de una postura positiva, es decir, debe tener “optimismo” ante los escenarios adversos; “creer” en la posibilidad de cambios; y tener la “confianza” de que los pacientes pueden desarrollar sus capacidad retraídas por la enfermedad.

Los cuidadores al creer en la rehabilitación pueden generar pequeñas transformaciones, cambios tangibles y significativos en el sistema residencial alternativo, mejorando la calidad de sus acciones, y por consiguiente, mejorar la calidad de vida de los pacientes.

7.3.- Actitud de los funcionarios de trato directo

En este punto del estudio, se analiza la actitud de los cuidadores frente a la relación funcionario/paciente, rescatando los discursos más representativos de las acciones que desarrollan éstos, al interior de los hogares.

La percepción que tienen los funcionarios de trato directo, no sólo se conforma por el conocimiento y la opinión, sino que también, implica la actitud, que para este estudio será entendida como todas aquellas acciones, posturas e ideales, que al agruparse van moldeando la manera de comportarse y la forma de relacionarse con los otros.

Se debe consignar que la actitud se forma a través de la experiencia y, a pesar de ser estable en el tiempo, puede ser cambiada mediante otra experiencia, debido a la multiplicidad de acontecimientos cotidianos que afectan las opiniones e influyen en el modo de comportarse.

“No hay nadie que te diga: -aquí debes hacer esto así o allá- esa cuestión no te la dice nadie. No, porque es sólo la experiencia y el trato diario es lo que te da la influencia de hacer ciertas cosas” (Entrevistado N°13).

Los cuidadores son influenciados por el medio social más cercano, que en este caso es el Equipo de Salud y los pares de trabajo, quienes pueden ocasionar cambios en sus actitudes, creando presiones con la finalidad de inducir un comportamiento determinado.

“La doctora me ha enseñado mucho a mí en ese aspecto, porque yo sí al principio era más rígida. Pero ella me decía que cambiara un poco, que actuara de otra forma, hiciera las cosas de cierta manera. O sea, si me han ayudado mucho en cambiar mi actitud con los chiquillos” (Entrevistado N°1).

En este sentido, el cambio de actitud proviene de la referencia de otras personas, en este caso, para mejorar un aspecto personal en la relación cuidador/paciente, permitiendo incorporar al repertorio de conductas, nuevas formas de comportamientos.

1.- *Actitud de los funcionarios de trato directo con los residentes:* a partir de las consideraciones expuestas anteriormente, se detectaron tres actitudes predominantes de los cuidadores al relacionarse con los residentes; Paternalista/autoritaria; Permisiva/desinteresada; y Flexible.

a) Actitud Paternalista/autoritaria: en el sentido de las relaciones laborales, se identifica esta actitud, en donde se conjugan elementos sentimentales, ideológicos y valóricos que están presentes en el vínculo cuidador/paciente.

Bajo este contexto, los cuidadores son una figura de autoridad frente al grupo, ya que imponen decisiones en varios ámbitos al interior del hogar, generando que los pacientes se encuentren en una posición infantilizada, al no dar espacio ni otorgar responsabilidades en tareas básicas, como por ejemplo, la presentación personal.

“¡Maternalista me encanta! Porque los protejo, porque estoy preocupada de la ropa, de que se tienen que sacar los calzoncillos, tienen que hacerme las camas y tienen su recompensa, como un cigarro extra” (Entrevistado N°8).

Frente a esta situación, se observa que algunos trabajadores con su actitud paternalista, condicionan de manera negativa las actividades de los pacientes a través de una recompensa. Por consiguiente, el residente al desarrollar cualquier actividad va a esperar una retribución o incentivo, que lo estimule llevar a cabo la tarea designada, es decir, a causa de esta actitud, más que generar la capacidad de autonomía provoca una dependencia.

“Yo siento que mi actitud aquí es maternal, y me lo han hecho ver mis jefes. En todas partes soy igual, prima la parte maternal en mí con los chiquillos. Por ejemplo, yo hago todas las cosas de la casa, les cocino, les lavo la ropa, les hago las camas, los mando a que se tomen los remedios...” (Entrevistado N°7).

Ante la actitud paternalista de los cuidadores, se evidencia cierta incapacidad por parte de los residentes en adoptar decisiones propias, pues los vuelve a convertir en sujetos pasivos dentro de la dinámica del hogar. Para ilustrar mejor, esta actitud provoca un estancamiento en el desarrollo de sus habilidades y destrezas sociales, lo que es perjudicial para que los residentes puedan alcanzar el máximo nivel de autonomía posible, facilitando su posterior integración social. Por tanto, todas las acciones y estrategias de los cuidadores, deben estar direccionadas a que los pacientes adquieran hábitos para la vida cotidiana, con soberanía de sus propias vidas y decisiones (Op. Cit., 2000).

“Mi actitud es como una mamá en verdad, en su justa medida todo. Como se hace en una casa, ellos tienen que obedecerme en las cosas que les digo y si los mando a hacer las cosas, tienen que hacerlas...”
(Entrevistado N°1).

En consideración a lo expuesto, se puede decir que la actitud paternalista de los cuidadores, es en base al raciocinio que realizan frente a la imagen del paciente psiquiátrico, pues lo observan desde el prejuicio de la incapacidad,

por lo cual, ejercen actitudes de sobreprotección que dañan la realización personal de cada residente.

Se advierte que la actitud autoritaria de los cuidadores, se debe a un conjunto de creencias, valores, ideales y sentimientos, que inducen al ejercicio del poder en una relación de tipo vertical, donde las acciones ejercidas están por sobre la opinión, consenso y negociación de actividades con los residentes, instalando límites rígidos e impuestos unipersonalmente.

“Haber yo soy, yo diría autoritaria, pero creo que le pongo igual, trato de poner límites, porque si no ellos se suben rápidamente por el chorro. Entonces trato de ponerles límites, incluso hay uno que a mí me dice que soy “sargento”, sargento me dice” (Entrevistado N°4).

Es pertinente consignar que, ésta actitud autoritaria está vinculada con los rasgos de personalidad de cada cuidador, los que se conjugan con el poder legítimo que tienen los funcionarios en su rol y la toma de decisiones por sobre los demás, generando sumisión, dependencia y restricción a la libertad individual de cada residente.

“Mira sería como autoritaria un poquito, mis compañeras vienen no todos los días, entonces a la que ellos ven con respeto es a mí. Claro, como yo estoy todos los días con ellos, entonces soy la que pide orden y respeto” (Entrevistado N°3).

Cabe mencionar además, que los cuidadores se comportan desde una posición autoritaria, ya que piensan que es el trato ideal en un ambiente donde las personas están en un régimen clínico-especializado a causa de una patología mental severa. En otras palabras, los cuidadores se visualizan así mismos como sujetos de control social, debido a que no han internalizado los nuevos paradigmas de intervención en la enfermedad mental, actuando desde el enfoque clásico de tratamiento, en donde el paciente es alienado a normas impuestas desde la institucionalidad y enajenado de sus propias decisiones.

“Hay que tener autoridad, porque uno tiene que estar sobre ellos, tienen que verlo como una autoridad, ósea igual tiene que haber un liderazgo, es que yo creo que soy más paternalista pero manteniendo el equilibrio, ósea sin perder la autoridad” (Entrevistado N°12).

La actitud paternalista/autoritaria frena todas las acciones rehabilitadoras que persiguen la autodeterminación y autonomía de los pacientes, puesto que éstos no tienen control sobre sus vidas, perdiendo la capacidad para desarrollar habilidades y destrezas sociales que les permita aumentar su calidad de vida y reinsertarse socialmente. En este sentido, se puede decir que, los cuidadores que manifiestan ésta actitud -cuya tendencia es mayoritaria- son un obstáculo en el proceso de rehabilitación.

b) Actitud Permisiva/desinteresada: se refiere principalmente a la falta de límites y tolerancia excesiva de los cuidadores con el comportamiento que tienen los pacientes.

Lo anterior, conduce a conductas inadecuadas para el desarrollo personal y social de los residentes, puesto que los cuidadores no otorgan responsabilidades y deberes, tanto para el adecuado funcionamiento al interior del hogar, como para la convivencia con sus pares. Para ilustrar mejor, esta actitud indulgente de los funcionarios de trato directo, no entrega la posibilidad de moldear una conducta social apropiada, en concordancia al proceso educativo y formativo que debiese desarrollarse al interior de los hogares y que esté direccionado a la rehabilitación de los residentes.

“Yo por ser, antes no me atrevía mucho a decirles algo, ellos podían levantarme a mí la voz, y yo no a ellos. Entonces uno con los años, uno va adquiriendo la experiencia, y uno como que los va conociendo más también, entonces ahora, soy así como más permisiva, los dejo hacer no más, no me complico”
(Entrevistado N°4).

La permisividad de los funcionarios es la comodidad del momento, ya que al actuar de este modo facilita el trato con los pacientes, evadiendo problemas y conflictos al interior del grupo. La consecuencia de esta actitud, se manifiesta en que algunos de los pacientes a pesar de los años de estadía en las residencias, no mantienen un aprendizaje de lo que está “bien o mal”, no interiorizan normas, no controlan sus impulsos, y por lo mismo, tienen dificultad para asumir responsabilidades propias y del entorno social.

“Pues yo soy accesible. Yo busco el ajuste, haber cómo podría decirlo, soy permisiva con tantas cosas, para que los chiquillos no se enojen o no se estresen con uno” (Entrevistado N°16).

Dentro de este mismo contexto, existe una postura desinteresada por parte de un grupo de cuidadores, ya que su pasividad y tolerancia desmedida con los pacientes, deja en evidencia una actitud de indiferencia absoluta frente al quehacer profesional en el proceso de rehabilitación.

“Yo he visto malas conductas de mis colegas, tuve más problemas en el hogar seis, porque mi manera de trabajar era muy diferente a la manera de trabajar que tenían otros funcionarios, yo no les agradaba. Porque, la misma rutina de los chiquillos era la rutina que tenían los funcionarios, entonces si quería hacer alguna actividad en la tarde, significaba que el funcionario no podía dormir y esto les molestaba” (Entrevistado N° 18).

Continuando con lo anterior, se evidencia un relativismo frente a las normas, ya que algunos cuidadores no demuestran innovación e interés por influir en el accionar de los pacientes, entregar refuerzos y correcciones necesarias que les permita adquirir pautas de comportamiento ideales para una inserción social. En otras palabras, la permisividad en el ejercicio cotidiano del funcionario de trato directo, está estrechamente ligada con el conformismo de su propio rol, ya que el estilo “dejar hacer” no requiere de mayor complejidad en la intervención, en donde la utilización de su capacidad intelectual-reflexiva, se plasme en actividades creativas, en pro

del desarrollo de habilidades sociales en los pacientes. Por tanto, este tipo de conductas es visualizado como el más cómodo, porque no maximizan su fuerza de trabajo, enviando esa energía a un segundo plano, convirtiéndose así, en agentes pasivos en el proceso de rehabilitación.

c) Actitud Flexible: se ha identificado que una minoría de cuidadores mantiene una actitud flexible, manifestando que su comportamiento es dinámico, es decir, varía de acuerdo a la relación en particular con cada paciente y la situación determinada a la que se enfrentan.

“Yo soy más flexible, como ya los conozco y hay un tiempo más largo en la relación, y les digo las cosas como tienen que ser, pero cuando están en una cosa incorrecta, les hago ver su equivocación. Es que uno no puede ser así, ni tan duros, ni tan blandos con ellos”
(Entrevistado N°2).

Conviene decir al respecto, que debido a la experiencia laboral, el conocimiento de las historias de vida y personalidad de cada uno de los pacientes, los cuidadores han asumido una actitud cambiante, adaptándose a los hechos vivenciados al interior del hogar, es decir, han redefinido sus posturas y conductas, puesto que una actitud rígida o pasiva no tiene validación con los pacientes.

“Yo creo que me defino más bien flexible, porque uno no puede andar todo el día como: -Yo soy el que manda aquí, me tiene que respetar-. En cambio sí hay comunicación uno le busca la amistad a los pacientes”
(Entrevistado N°5).

La actitud flexible presenta límites permeables, lo que permite una interacción cuidador/paciente recíproca, dinámica y equilibrada, generando un intercambio comunicacional que posibilitan la negociación de acuerdos y resolución de conflictos. Todos los elementos mencionados favorecen la convivencia al interior del hogar, ya que se adecuan las normas y jerarquías para una sana y óptima interacción.

“Yo creo que soy flexible, porque con cada paciente uno va viendo. Porque he tratado de ser autoritario y no funciona, no funciona y ahí me di cuenta, porque al principio era autoritario entonces no conseguía nada, y me dije -ya basta, me estaba estresando por nada”
(Entrevistado N°6).

De la misma manera, los cuidadores -a partir de este vínculo flexible- refuerzan comportamientos positivos en los pacientes y corrigen los inapropiados, logrando así la posibilidad de que aparezcan conductas socialmente aceptadas, contribuyendo de este modo al proceso de rehabilitación.

Se desprende de lo señalado, que una actitud flexible facilita la dinámica relacional al interior de las residencias, puesto que a partir de la

comunicación dinámica y equilibrada, los pacientes observan un referente en la manera de relacionarse con los otros.

Del examen de las actitudes expuestas -sucintamente- más arriba, se extrae que el comportamiento de los funcionarios de trato directo varía en tres tipologías predominantes; autoritaria/paternalista, permisiva/desinteresada y flexible, las cuales son aprendidas e internalizadas de acuerdo a las experiencias personales que han tenido con los pacientes psiquiátricos. En este sentido, la experiencia está concebida por lo que piensan, lo que sienten y cómo actúan.

Se concluye que la actitud flexible es la más adecuada en la relación cuidador/paciente, ya que genera espacios de comunicación e interacción, refuerza y estimula conductas positivas, entrega marcos de referencia en cuanto al trato con los otros, posibilita la adquisición de responsabilidades al interior del hogar y en el entorno social. Por el contrario, las actitudes más polarizadas obstaculizan el desarrollo de habilidades y destrezas sociales en los residentes y por lo tanto, impide las posibilidades propias de la rehabilitación.

Por otra parte, resulta importante señalar que los cuidadores, en un ejercicio de reflexión, han observado ciertas conductas negativas de sus pares, en relación al trato con los residentes, por lo cual se ha consignado pertinente evidenciar dicha situación.

2.- *Cambios de actitud de los funcionarios de trato directo:* si se contempla a los cuidadores como una unidad de trabajo, se comprende que los comportamientos en la relación que establecen, son referentes conductuales, tanto para ellos mismos como para los residentes. Por lo cual, las prácticas inadecuadas que se producen en la interacción diaria con los pacientes, resultan ser un mecanismo disgregador para el colectivo de trabajadores, esto quiere decir, que algunos funcionarios manifiestan el rechazo de los malos tratos y se alejan de esas posturas, mientras que otros trabajadores conservan y validan dichos comportamientos.

“He visto actitudes negativas de mis compañeros, lamentablemente. Yo les he dicho a esa persona: -no le hables así a los chiquillos, estas muy alterada-. A mí lo que menos me gusta es que estén gritándoles a los chiquillos. Más encima hay personas que enganchan con ellos, que se ponen a discutir entre funcionarios y pacientes. Entonces cuando yo he estado presente le digo: -oye parale, acuérdate que él es paciente-. Lógico, si tú no puedes ponerte al nivel del paciente, tú no puedes estar peleando con él. O sea, al final te da para pensar: ¿Quién es el más enfermo? (Entrevistado N° 17).

En otras palabras, se puede decir que, en primer lugar los trabajadores que ejercen las actitudes negativas intervienen desde la lógica del tratamiento clásico, en donde las prácticas de los malos tratos eran comunes. En segundo lugar, hay trabajadores que hacen frente a este tipo de prácticas, regulando y corrigiendo a sus mismos pares.

“Yo he observado a colegas con malos tratos hacia los pacientes, pero lo he conversado después con ellos, de lo que ha pasado. Bueno también después la persona, se da cuenta de que no había actuado bien” (Entrevistado N°4).

Cuando se evidencia que los funcionarios de trato directo realizan prácticas inadecuadas con los pacientes, es porque han perdido el sentido del rol como “cuidador”, puesto que la actitud es la manifestación de su ser, de lo que piensan y sienten, y por lo mismo, su comportamiento se debe a la autoconstrucción de su experiencia y como han interpretado la realidad en los hogares protegidos.

Resulta importante mencionar el papel que juega la influencia social en el cambio de actitudes de los cuidadores, ya que se observa que un grupo minoritario de funcionarios de trato directo manifiestan cierta resistencia frente a la influencia de sus pares -quienes mantienen posturas y actitudes polarizadas- ejerciendo un rechazo ante la presión grupal que busca perpetuar dichos comportamientos.

“A mí me recriminaron cuando hicimos una reunión aquí en el hogar. Yo les dije: -es que yo pienso que las cosas están mal ¿Qué quieren, que me quede acostada viendo tv como ustedes? Para que si puedo utilizar mucho mejor la tarde con los chiquillos-. Sobre todo en ese lugar donde somos generalmente tres personas de día, se pueden hacer muchas cosas para rehabilitarlos” (Entrevistado N°18).

Existe un grupo minoritario de trabajadores que reconocen su rol protagónico en el proceso de rehabilitación y que tienen la energía innovadora para desarrollar acciones para la mejoría de los pacientes, lo que les permite enfrentar la presión del grupo mayoritario, con la convicción y consistencia de sus ideales que se traduce en una conducta ideal para el trabajo en salud mental.

En esta perspectiva, se debe rescatar a quienes manifiestan una actitud anti-conformidad frente a las prácticas inadecuadas -tanto a los malos tratos como a la pasividad del quehacer-, puesto que la influencia de este grupo minoritario tiene la capacidad de producir cambios y nuevas tendencias en el Equipo de Salud, que genere modalidades de acción en el quehacer profesional para con los pacientes. Esto quiere decir, que los trabajadores enmarcados en estas posturas deben ser potenciados, desplegando sus actitudes a todo el conjunto de cuidadores, ya que son un aporte para el trabajo en salud mental y posibilitan el contagio de las buenas prácticas, a fin de armonizar a todo el Equipo de Salud.

En resumen, cabe mencionar que es necesario desarrollar espacios de intercambio comunicacional, para modificar y erradicar los comportamientos negativos de los cuidadores, a través de la influencia social del grupo. Es decir, reforzar y reproducir las conductas positivas de los cuidadores, las que son coherentes con el proceso de rehabilitación y el enfoque comunitario en salud mental.

CONCLUSIONES

En las últimas cinco décadas han existido grandes revoluciones en términos científicos, de telecomunicaciones, de transporte, entre otros, que han configurado a un tipo de sociedad a merced de la tecnología, en pro de la medicina y el bienestar en la calidad de vida de las personas. No obstante, no todos los seres humanos son benefactores de estos progresos, puesto que hay un sector importante excluido de esta “modernidad”. En este punto, es relevante realizar una pausa y una observación detenida, puesto que los avances no pueden ser solo a nivel tecnológico y/o económico, sino también deben ir a la par con el desarrollo humano.

Lo anterior, implica que el conjunto de ciudadanos deben participar activamente en los procesos políticos, para regular la convivencia, el modo de generar riquezas, mantener el equilibrio del medio ambiente, que les permita el diseño de políticas públicas de acuerdo a cada realidad y con sentido de pertinencia local.

En este sentido, ésta investigación da cuenta de las falencias de la política pública en salud mental de Chile, desde la perspectiva de los propios actores involucrados en el proceso de rehabilitación de los pacientes psiquiátricos en los Hogares Protegidos Forenses.

En primer lugar, se concluye que los obstaculizadores y facilitadores visualizados en el proceso de rehabilitación, permiten evidenciar –desde el Equipo de Salud- los avances y retrocesos que se han producido durante una década y más, desde la ejecución del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, y por consiguiente identificar fortalezas y oportunidades para

introducir cambios y/o mejoras significativas en la vida de las personas que residen en los hogares.

Desde esta premisa, el estudio aborda la problemática del proceso de rehabilitación, identificando los obstaculizadores desde una perspectiva crítica-constructiva, es decir, considera estos elementos con el propósito de generar acciones transformadoras para superar las dificultades del funcionamiento del Equipo de Salud (inexistencia de un enfoque multidisciplinario, personal no idóneo y falta de planificaciones), la insuficiencia de recursos (humanos y económicos), el escaso apoyo de la red familiar y el desinterés institucional.

En esta misma línea de ideas, los facilitadores identificados aportan aspectos relevantes al proceso de rehabilitación, ya que son visualizados como una apertura a la realización de otras acciones que permitan solidificar y complementar el proceso, por tanto, -la creación de los Hogares Protegidos, el tratamiento farmacológico oportuno y pertinente, la pertenencia a una red de salud operativa y la cooperación de los estudiantes en práctica en actividades de rehabilitación y reinserción-, permiten potenciar y favorecer otras alternativas de tratamiento y rehabilitación para que los pacientes psiquiátricos desarrollen y activen sus capacidades y habilidades sociales.

Ambos elementos –obstaculizadores y facilitadores- no pueden concebirse por separado, ya que necesitan ser comprendidos en su conjunto para conocer en profundidad la realidad del proceso de rehabilitación y proponer acciones transformadoras. Por tanto, el análisis realizado aporta un conocimiento específico a la problemática desde el quehacer del Trabajo

Social, entregando orientaciones, soluciones y propuestas alternativas al problema.

A partir del análisis desarrollado, en relación al planteamiento de la hipótesis N°1 ***“El proceso de rehabilitación de pacientes psiquiátricos no es efectivo, ya que se establecen una serie de intervenciones, programas y acciones en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría de Chile y en la Norma Técnica de los Hogares Protegidos, las cuales están ausentes en las planificaciones anuales de la Unidad de Psiquiatría Forense, lo que se observa en las rutinas diarias a ejecutar en los Hogares Protegidos Forenses”***, se valida cabalmente, puesto que, el Equipo de Salud no realiza planificaciones semestrales y anuales, con objetivos y metas a corto, mediano y largo plazo que permitan elaborar estrategias, convenios, actividades, entre otras, que favorezcan el desarrollo óptimo del proceso de rehabilitación. Al no realizarse este tipo de acciones, no sólo hay un incumplimiento con el proceso, sino que además se dificultan y estancan todos los lineamientos de acción que se proponen ejecuten con los pacientes en el diario vivir al interior de los hogares y en contacto con la comunidad.

Junto con lo anterior, -la falta de intervenciones, programas y acciones-, forman parte del primer gran obstaculizador ***“Incorrecto funcionamiento del Equipo de Salud”***, que agrupa además; la ausencia de un enfoque multidisciplinario y personal no idóneo, por lo tanto, es constitutivo de este impedimento. Si bien se ha corroborado esta hipótesis, queda de manifiesto en esta investigación que existen una serie de obstaculizadores más, que impiden la efectividad del proceso de rehabilitación, mencionados anteriormente.

Los Hogares Protegidos Forenses como instancia precursora del Modelo Comunitario de Salud, aporta el espacio rehabilitador por excelencia, pero no ha sido aprovechado, ya sea por factores económicos, familiares, institucionales y/o funcionales del equipo de salud a cargo. Este hecho produce que los pacientes psiquiátricos estén sometidos a la inactividad y el sedentarismo en los hogares protegidos, es decir sin acciones que les permitan avanzar hacia un real y efectivo proceso rehabilitación y reinserción social.

En segundo lugar, la percepción entendida como un proceso subjetivo mediante el cual las personas, capturan, elaboran e interpretan información del entorno, es uno de los elementos fundamentales para comprender el conocimiento, opinión y actitud de los cuidadores -cuya labor está directamente ligada al proceso de rehabilitación- ya que al analizarlos en su conjunto, permiten comprender la manera de relacionarse que tienen con los otros y la construcción que hacen de sus propias vivencias.

A partir de lo expuesto, se pueden concluir tres ideas fundamentales:

a) El bajo nivel de conocimiento de los funcionarios de trato directo, se debe principalmente a que su base de información es a partir del sentido común, las prácticas cotidianas y la socialización de experiencias con sus pares, lo que refleja el desinterés por parte del Instituto Psiquiátrico de seleccionar, formar y capacitar al personal íntegro y competente para trabajar en el proceso de rehabilitación. Asimismo, se debe mencionar que, también es responsabilidad de los cuidadores conocer el campo laboral donde están insertos, para impregnarse de las temáticas y actualizar las informaciones adquiridas en su práctica laboral.

Debido al bajo conocimiento de los funcionarios de trato directo, éstos no internalizan los nuevos paradigmas del tratamiento en salud mental, buenas prácticas laborales y acciones rehabilitadoras al interior de los hogares, las que entregan las directrices y orientaciones técnicas para una adecuada intervención con pacientes con discapacidad psíquica en su proceso de rehabilitación, por consiguiente el área de acción desarrollado no tiene la implicancia necesaria.

b) Se evidencian una serie de contradicciones internas en los relatos del colectivo de trabajadores, puesto que por una parte, su opinión frente al proceso de rehabilitación es negativa, ya que observan una serie de obstaculizadores que frenan las posibilidades de rehabilitación y reinserción social de los pacientes psiquiátricos, y por otra parte, opinan positivamente sobre la desinstitucionalización y creación de los hogares protegidos, debido a que ambas instancias son favorables para mejorar la calidad de vida de los residentes, obviando los obstaculizadores que reconocieron -en una primera instancia-, los que anulan las posibilidades de rehabilitación de los pacientes.

Del mismo modo, hay que señalar que los funcionarios de trato directo, no han reflexionado críticamente sobre su accionar en los Hogares Protegidos Forenses, ya que debido al bajo conocimiento que poseen sobre las funciones que deben desarrollar, ejercen su cargo desde una visión limitada frente al quehacer profesional, lo que les permite opinar favorablemente sobre su participación en el proceso de rehabilitación, manifestado que su rol contribuye y facilita la interacción social de los pacientes, sin considerar las acciones que no se ejecutan por desconocimiento.

De la misma manera, es necesario recalcar que a pesar de que la mayoría de los cuidadores identifican aquellos elementos obstaculizadores que frenan la rehabilitación, mantienen una opinión positiva y favorable frente a las posibilidades de mejoría de los residentes, ya que si todas las acciones rehabilitadoras señaladas en las disposiciones oficiales fueran desarrolladas a cabalidad, creen en las habilidades y capacidades de los pacientes para reinsertarse a la vida social en todos sus niveles, es decir, le otorgan un valor positivo a los residentes como seres humanos capaces.

c) Los cuidadores presentan distintos comportamientos en relación al trato con los residentes, los que se fundamentan en los aspectos anteriores, vale decir que, de acuerdo a lo que conocen y opinan en materia de salud mental, es el tipo de actitud que manifiestan.

Los cuidadores que manifiestan una actitud autoritaria/paternalista minimizan la posición del residente, coartando su autonomía y autodeterminación, y los que mantienen una actitud permisiva/desinteresada no otorgan responsabilidades ni deberes a los pacientes por lo que no existen límites al interior de los hogares. Ambas actitudes obstaculizan el desarrollo de habilidades y destrezas sociales en los residentes y por lo tanto, impide las posibilidades propias de la rehabilitación.

Por otra parte, aquellos funcionarios de trato directo que expresan una actitud flexible, tienen mayor variedad y dinamismo en los repertorios conductuales, otorgando mayor movilidad en la dinámica interna del hogar, favoreciendo la aparición de conductas socialmente aceptadas y de autocontrol por parte de los pacientes.

Cabe mencionar, que existen cambios de actitud por parte de los cuidadores, el cual se condiciona por la influencia social, tanto del grupo de pares como del Equipo de Salud, puesto que un grupo minoritario de trabajadores al observar malos tratos por parte de sus colegas, han manifestado una distancia hacia tales prácticas, haciendo frente a la presión grupal, diferenciando su conducta a través del rechazo y/o conformidad del grupo.

A partir de las tres consideraciones expuestas, en relación al planteamiento de la hipótesis N°2: ***“La percepción de los funcionarios de trato directo es un factor que afecta el proceso de rehabilitación de los pacientes psiquiátricos, debido al escaso conocimiento que poseen sobre la rehabilitación de los residentes, lo que influye en la falta de motivación, compromiso e iniciativa con el trabajo desempeñado en los Hogares Protegidos Forenses”***, se valida, ya que los cuidadores, al no tener herramientas teóricas que den respuestas a una serie de estímulos aversivos, perciben una valoración negativa del quehacer frente a su rol como cuidadores en el proceso de rehabilitación, lo que produce un déficit motivacional y creativo en el desempeño de sus cargos.

Este fenómeno de “desesperanza aprendida”, empequeñece y limita la perspectiva que tienen ante la mejoría de los pacientes, dejando de lado el optimismo, la creencia y la confianza, ya que piensan que cualquier labor desarrollada no tendrá repercusiones favorables, puesto que no controlarían esa realidad y por ende, no podrían modificarla.

HALLAZGOS

A partir de la investigación realizada, surgieron una serie de elementos que serán denominados hallazgos, puesto que no se contemplaba su incidencia en el estudio inicial, pero han emergido como componentes claves en el análisis desarrollado.

1.- En primer lugar, se descubre que el canal de comunicación en el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, es deficiente en todas sus líneas, tanto emisoras como receptoras, puesto que la bajada de información, presenta bloqueos, omisiones, interpretaciones -sujetas a criterios personales-, utilización de códigos específicos -que son ininteligibles para los cuidadores- lo que impide un conocimiento integral de las disposiciones y reglamentaciones que enmarcan las intervenciones en salud mental. Por lo cual, se deja en evidencia que no existe un lenguaje técnico común entre los miembros del equipo de salud, puesto que no hay conceptualizaciones claras de los objetivos de la política pública en salud mental, de los resultados esperados tras la implementación de los hogares protegidos y la metodología para llevar a cabo el proceso de rehabilitación y alcanzar la reinserción social de los pacientes.

Por un lado, queda de manifiesto que la figura técnica, encargada de fiscalizar y evaluar el debido proceso -considerando los programas a ejecutar y las funciones propias del personal-, se encuentra ausente y por lo mismo, no se articulan los canales comunicativos entre el equipo de salud, las jefaturas, los pacientes y la comunidad, a objeto de dar cuenta de las anomalías propias del sistema y generar los reparos pertinentes a las problemáticas que se presentan.

Por otro lado, se observa que hay deficiencias en la instalación de dispositivos de telecomunicación, es decir, no hay telefonía fija en los hogares protegidos que permitan facilitar y agilizar la comunicación entre el cuidador y el encargado de hogar, cuando se requiera de apoyo o solución de alguna problemática. En otras palabras, los hogares no han incorporado nuevas tecnologías de información y comunicación (telefonía e internet), para promover espacios fluidos de diálogo e intercambio con el Equipo de Salud, que favorezcan el proceso de rehabilitación.

De esta forma, se puede constatar que no hay canales de retroalimentación en donde participen todos los actores implicados para generar instancias reflexivas y/o reuniones técnicas, que permitan plantear ideas, demandas, soluciones, estrategias, entre otras, a fin de mejorar y hacer más eficientes las intervenciones del Equipo de Salud.

2.- En segundo lugar, queda en evidencia que existen ambigüedades en las contrataciones que realiza el Instituto Psiquiátrico, puesto que los miembros del Equipo de Salud -profesionales y cuidadores- manifestaron que las contrataciones del personal no son claras y exclusivas, esto quiere decir que, los trabajadores contratados para ejercer labores en los hogares, pueden desempeñarse también en el Instituto y viceversa, realizando en ocasiones, dobles jornadas laborales.

De esta forma, al movilizarse y cumplir funciones en ambos espacios -realizando turnos extras-, su fuerza y energía productiva se ve deteriorada, puesto que sus capacidades intelectuales y físicas se ven disminuidas, producto del agotamiento que conlleva la doble intervención en este campo. Vale mencionar, que si bien esto es una opción que hacen los trabajadores

para aumentar sus ingresos económicos, no existe regulación y preocupación por parte del Instituto para suplir dicho vacío reglamentario. En otras palabras, la institución no realiza una delimitación clara para el trabajo específico en los hogares protegidos, contratando a personal que desempeñe funciones únicamente en las residencias, lo que es necesario para entregar un tratamiento integral al paciente en su proceso de rehabilitación.

Del mismo modo, se extrae que la ambigüedad en las contrataciones, también se debe a que el proceso de selección del personal se encuentra viciado, puesto que algunos trabajadores no califican de acuerdo al perfil señalado en la Norma Técnica de los Hogares Protegidos, y de igual forma, no capacitan a los cuidadores ya contratados, en las materias específicas y pertinentes, que van acorde al proceso de rehabilitación en las residencias alternativas.

Por otra parte, las personas que conforman el Equipo de Salud, no son evaluados en el desempeño de sus roles y funciones, con el fin de lograr un continuo mejoramiento del proceso de intervención, puesto que un seguimiento sistemático de las acciones desarrolladas por el Equipo de Salud, permite redireccionar y retroalimentar los cursos de acción para lograr los objetivos plantados.

El realizar evaluaciones al Equipo de Salud, permite diagnosticar las fortalezas, amenazas, debilidades y oportunidades que presentan los trabajadores con respecto a la institucionalidad, política pública, ambiente laboral, entre otros, los que influyen directamente con el proceso. Por último, las evaluaciones son necesarias para determinar el nivel de conocimiento

adquirido por los cuidadores en su trayectoria laboral, respecto de los nuevos paradigmas de tratamiento en salud mental, y así poder valorar el grado de compromiso, motivación y dedicación frente al quehacer profesional, pues la finalidad de la evaluación es la formación integral del ser humano.

3.- En tercer lugar, la investigación realizada reveló que el conjunto de orientaciones definidas en la Norma Técnica de los Hogares Protegidos -como manual especializado de tratamiento y rehabilitación a nivel nacional-, no están diseñadas exclusivamente para la intervención con pacientes psiquiátricos que han sido sobreseídos de la justicia a causa de su enfermedad mental.

La ausencia de este modelo de atención especializado para Hogares Protegidos Forenses, promueve y permite las ambigüedades del sistema residencial alternativo en todos sus ámbitos -contrataciones del personal, quehacer profesional, ejecución de programas especializados, entre otros-, puesto que no hay intervenciones específicas para pacientes forenses, es decir, el proceso de rehabilitación es estandarizado para todos los pacientes psiquiátricos, sin considerar el concepto “forense” para diferenciar el tratamiento.

Por consiguiente, se requiere de la confección de una Norma Técnica para Hogares Protegidos Forenses, que dé cuenta -a todos los actores implicados- una base informativa de conceptos actuales en Salud Mental, Psiquiatría Forense, Tratamiento, Rehabilitación y Modelos de Intervención, logrando así un conocimiento integral de los objetivos generales, específicos, metodologías de intervención y resultados esperados. De esta manera, no sólo se direccionará el actuar e intervención de los trabajadores, sino que

también se otorgará un soporte técnico para realizar evaluaciones y fiscalizaciones del quehacer profesional, ejecución real de los programas y servicios al interior de las residencias.

En este sentido, se concluye que una reglamentación especializada, regulará de manera transversal todas las acciones de rehabilitación hacia los pacientes psiquiátricos forenses -abarcando aspectos financieros, de infraestructura, alimenticios, recursos humanos, hasta planificaciones de los programas, servicios y ejecución de los mismos, entre otros- y por otra parte, se mejorarán las intervenciones de los profesionales. En otras palabras, el documento en comento, reducirá los vacíos conceptuales e interpretaciones, puesto que el trabajo estará sujeto a criterios de calidad, pertinentes y congruentes a la psiquiatría forense.

4.- En cuarto lugar, la investigación de campo y los relatos de los trabajadores del Equipo de Salud dejan al descubierto, que existe una crisis financiera institucional que afecta en todos sus niveles y programas, limitando las intervenciones del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.

Bajo este contexto, tanto cuidadores como profesionales han manifestado que esta situación es el principal obstaculizador para el proceso de rehabilitación, ya que argumentan que la negligente administración financiera en el Instituto ha provocado la crisis económica en los hogares protegidos, viéndose afectados en todos los ámbitos de intervención, los que van en desmedro de la mejoría de los pacientes. Se ha considerado este punto en cuestión, puesto que aparece como una constante permanente en los discursos del Equipo de Salud, sin embargo, no se ha podido establecer

fehacientemente ésta afirmación, ya que no corresponde a este estudio, siendo materia para otra investigación.

Desde esta premisa, el aspecto más relevante y observable, para los trabajadores, fue que algunos cargos administrativos y profesionales de la Unidad de Psiquiatría Forense se destituyeron y jamás se repusieron, ya que la Institución manifestó una baja presupuestaria para la contratación del recurso humano.

De esta manera, la falta de profesionales en la intervención -identificado como un obstaculizador para el proceso de rehabilitación- se condiciona debido a la crisis financiera, a lo que se suman otros aspectos, como las deficiencias en las infraestructuras de los Hogares Protegidos, disminución en el ítem alimentario, escases de profesionales, ejecución de programas y planificaciones, reducción del personal que cumple turno nocturno, entre varios más.

APORTES AL TRABAJO SOCIAL

En relación a la investigación realizada y los aportes al Trabajo Social, se debe destacar que la información obtenida permite -inicialmente- un mayor conocimiento del proceso de rehabilitación de pacientes psiquiátricos, el cual se enmarca en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría en Chile, que se encuentra operativo desde el año 2001. Y por consiguiente, entrega nuevos conocimientos sobre las implicancias de esta política pública y su real incidencia en la vida de las personas que se encuentran en dicho tratamiento.

Primeramente, es necesario mencionar que, el interés del Trabajo Social por hacer de la Salud Mental un campo de intervención, se debe a la preocupación por la emergente cantidad de personas que hoy en día padecen enfermedades mentales, ya sean estas por factores biológicos o por los efectos del modelo económico social actual, que reducen al ser humano en todos sus ámbitos de desarrollo y de armonía con su entorno social. En este sentido, se puede decir, que un profesional del área social, está en búsqueda permanente de soluciones -desde un enfoque estratégico integral- a los problemas y desafíos contemporáneos a los que se enfrenta.

De acuerdo a las consideraciones previas, levantar una investigación sobre el proceso de rehabilitación de pacientes psiquiátricos, ha permitido evidenciar una problemática de relevancia nacional e incluso mundial, que afecta a un grupo humano invisibilizado y excluido -a lo largo de la historia de la humanidad- de la esfera social. Por consiguiente, el Trabajo Social busca poner de manifiesto el respeto por la persona humana, el reconocimiento de

sus derechos esenciales y la búsqueda de la dignidad de cada persona, independientemente de la posición social en la que se encuentre.

De este modo, los Trabajadores Sociales tienen la responsabilidad ética y la misión de ser sujetos influyentes en las políticas sociales y de ser representantes de aquellos individuos que no tiene voz válida en esta sociedad. Es decir, es necesario que el profesional sea parte del proceso de evaluación, reforma y diseño de las políticas sociales, recuperando este campo de acción, siendo hacedor de ellas, y con esto contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas, en este caso de los pacientes psiquiátricos en su proceso de rehabilitación.

La labor del Trabajo Social en la dimensión sanitaria es fundamental, debido a que puede intervenir en todos los campos de acción incorporando práctica social, teoría y método. En otras palabras, el quehacer profesional abarca desde el trabajo administrativo, hasta el trabajo de caso, grupo y comunidad con una metodología definida que implica diagnóstico, planificación, ejecución, evaluación y sistematización.

A partir de este método de aproximación a la realidad, el Trabajador Social busca promover el desarrollo de las potencialidades humanas para que individuos, grupos, familias y comunidades asuman el protagonismo en el cuidado de la salud mental en general. Junto con ello, propone una intervención social a través de la promoción, prevención y educación de la población, estimulando el apoyo psicosocial en todos sus niveles.

De esta manera, una investigación en el campo de la salud mental desde la disciplina del Trabajo Social, contribuye y nutre a que los equipos de salud

incorporen elementos sociales y culturales, tanto en el diagnóstico, como en la definición conceptual de las enfermedades, las intervenciones, causalidades y problemas asociados al proceso de rehabilitación. Es decir, este estudio busca lograr cambios e introducir nociones propias de la disciplina, desde un enfoque integral de intervención, utilizando nuevas corrientes de pensamiento, en conjunto con las definiciones de salud mental desde la perspectiva bio-psicosocial.

De la misma manera, esta investigación deja de manifiesto la necesidad de repensar la formación profesional de los Trabajadores Sociales, específicamente en la integración de un plan de estudios que contemple una cátedra específica en Salud Mental, debido al notable aumento de enfermedades mentales en la sociedad chilena. En consecuencia, el Trabajador Social debe contar con una base teórica específica y con herramientas técnicas, que permitan entregar una respuesta oportuna y de calidad para una intervención integral, a un grupo de usuarios que presenten alguna patología. De esta manera, los profesionales estarán preparados y formados para trabajar en la dimensión de la Salud Mental.

Se puede concluir que, los aportes que hace la investigación al Trabajo Social, son:

- a) Contribuir al mejoramiento de la actual política pública de Salud Mental.
- b) Introducir una gama de planteamientos para otras investigaciones en dicho campo.
- c) Repensar la formación académica de los Trabajadores Sociales.

Estos aportes generan nuevos conocimientos, estrategias de acción, metodologías, teorías, entre otros, que buscan dignificar la vida de todas las personas, en este caso, aquellas con necesidades especiales.

Por otro lado, entrega una mirada holística e integral de intervención, en donde el objeto de acción es el desarrollo humano, pues, propone que todas las acciones e intervenciones sean direccionadas hacia el equilibrio de su ser, en todos sus aspectos, para que puedan desarrollar habilidades, capacidades y potencialidades en plenitud y en concordancia con su entorno social.

ANEXOS

**ANEXO N°1: PAUTA DE ENTREVISTAS
PROFESIONALES Y FUNCIONARIOS DE TRATO DIRECTO**

N° Entrevistado :

Cargo :

Fecha :

RESPONSABILIDAD DEL SECTOR SALUD

Del tratamiento especializado

- 1.- ¿Poseen un diagnóstico individualizado para la rehabilitación de cada paciente psiquiátrico, en cuanto a su historia particular?

- 2.- En cuanto a la medicalización ¿Cada cuanto tiempo hay evaluaciones médicas?

- 3.- ¿Hay utilización de psicofármacos en los pacientes psiquiátricos?
¿Cuáles son? ¿Conoce los efectos y contraindicaciones del medicamento?

- 4.- ¿Los pacientes psiquiátricos asisten a talleres de psicoterapia? ¿Quién los imparte? ¿Qué frecuencia tienen los talleres?

- 5.- ¿Los pacientes psiquiátricos participan en terapias familiares? ¿En qué consisten?

- 6.- ¿Usted ha notado alguna evolución positiva con el tratamiento de la enfermedad mental?

7- ¿Usted ha observado a pacientes que se han agravado respecto a su enfermedad en los Hogares Protegidos? es decir, que se han estancado o ha aumentado la enfermedad haciéndola crónica...

De las acciones de rehabilitación

1.- ¿Existe un programa en el hogar que permita desarrollar destrezas y habilidades sociales en los pacientes psiquiátricos?

2.- ¿Existe alguna rutina cotidiana para que los pacientes psiquiátricos adquieran hábitos de la imagen personal?

3.- ¿Existe alguna rutina cotidiana para que los pacientes psiquiátricos adquieran hábitos de buen trato entre los demás residentes?

4.- ¿Los pacientes psiquiátricos asisten a talleres para el desarrollo de destrezas socio laborales?

5.- ¿Los pacientes psiquiátricos asisten a talleres de psicoterapia? ¿Quién los imparte? ¿Cuál es la fecha de creación de los talleres? ¿Existe permanencia temporal en los talleres?

6.- ¿Hay motivación institucional por desarrollar talleres grupales o individuales?

¿A qué cree usted que se debe esto?

De los cuidados generales de la salud

- 1.- ¿Asisten los pacientes psiquiátricos a controles médicos periódicos?
- 2.- ¿Asisten los pacientes psiquiátricos a controles de salud preventiva?
- 3.- ¿En caso de contingencia o descompensación hay una consulta inmediata especializada?
- 4.- ¿Existe profesionales de la salud en los hogares protegidos encargados de los cuidados generales de la salud de los pacientes psiquiátricos?
- 5.- ¿Los pacientes psiquiátricos participan en terapias familiares?
¿Quién los imparte? ¿Cuál es la fecha de creación de los talleres? ¿Existe permanencia temporal de los talleres? ¿Hay voluntad por parte de las familias en asistir?
- 6.- ¿Hay motivación institucional por desarrollar talleres? ¿En qué lo nota?

Del apoyo emocional

- 1.- ¿Poseen un taller o charlas enfocadas a la sexualidad de cada paciente psiquiátrico?
- 2.- En relación a la historia particular de cada paciente, ¿Existe un taller o charlas sobre orientaciones y/o necesidades sexuales?

3.- ¿Hay sesiones con psicólogos para tratar temáticas como soledad, vida familiar y/o reproducción?

Del apoyo a la vida en comunidad

1.- ¿Existe reconocimiento del entorno comunitario donde se insertan los Hogares Protegidos?

¿Cuentan con un catastro actualizado de las organizaciones sociales del entorno de los Hogares Protegidos?

¿Cuentan con un catastro diferenciado por temáticas (deporte, artesanal, música de cada organización social?

2.- ¿Se ha activado la red local?

¿Se conocen a los principales dirigentes sociales del entorno?

3.- ¿Los pacientes psiquiátricos tienen acceso a la red local, es decir a las organizaciones sociales y las actividades que éstas realizan?

4.- ¿Los pacientes psiquiátricos han participado en alguna organización o taller barrial? Por ejemplo, son socios de la junta de vecinos.

RESPONSABILIDAD DE OTROS SECTORES DEL ESTADO Y LA COMUNIDAD

Del apoyo familiar

- 1.- Desde la institución, ¿Se ha creado alguna asociación de familias de pacientes psiquiátricos?
- 2.- Desde el hogar protegido, ¿Hay algún encargado de fomentar las visitas familiares?
- 3.- ¿En los hogares protegidos hay espacios comunes para las visitas familiares?
- 4.- ¿La Unidad de Psiquiatría Forense activa la red familiar de los pacientes, para realizar un trabajo integral o de reparación?
- 5.- ¿Existe alguna actividad que aglutine a todas las familias de los pacientes psiquiátricos? como celebrar el día de la madre, navidad, entre otros...
- 6.- Podría explicar cómo es el procedimiento cuando un paciente manifiesta la necesidad de viajar y estar con su familia

De los programas habitacionales

- 1.- ¿Conoce usted casos de pacientes que no poseen vivienda propia o residencia de apoyo familiar, cuando éstos egresan de los Hogares Protegidos?

2.- ¿Hay estadísticas o control de los pacientes que no cuentan con vivienda propia?

3.- ¿Hay políticas institucionales para colaborar con el acceso a viviendas?

4.- ¿Hay estrategias de alianzas y colaboración entre otras entidades para adquirir viviendas? llámese municipalidad, gobernación, fundaciones...

De los programas de inserción laboral

1.- ¿Existe un conocimiento de las habilidades u oficios de cada paciente?

2.- ¿Hay estrategias de colaboración con entidades públicas y privadas para la creación de empleos protegidos?

3.- Desde la institución, ¿Existe una bolsa de trabajo con empleos protegidos?

De los programas recreacionales

1.- Desde la institución, ¿Hay espacios deportivos para la activación física?

2.- ¿Existen talleres culturales para la activación de habilidades artísticas?

3.- ¿Hay motivación para desarrollar espacios recreacionales?

4.- ¿Conocen las preferencias y gustos de cada paciente, en relación a temáticas deportivas, recreativas y culturales?

5.- ¿Hay encuentros inter-hogares, donde cada paciente tenga contacto con residentes de otros Hogares Protegidos?

De los programas de transporte y comunicaciones

1.- ¿Los pacientes tienen acceso a un teléfono en el hogar?

2.- ¿Los pacientes mantiene contacto telefónico con la red familiar?

3.- ¿Los pacientes establecen contacto telefónico con otros residentes ajenos del hogar?

4.- ¿Los pacientes poseen tarjeta de transporte para desplazarse por la ciudad?

De los programas de educación y capacitación

1.- ¿Conocen los niveles de educación de cada paciente?

2.- ¿Se han implementado programas de nivelación de estudios?

3.- ¿Conocen los oficios y/o profesiones de cada paciente?

4.- ¿Hay interés institucional por capacitar a los pacientes en algún oficio?

5.- ¿Hay vinculación con centros de formación técnica?

PAUTA DE ENTREVISTA FUNCIONARIOS DE TRATO DIRECTO

N° Entrevistado :

Cargo :

Fecha :

PERCEPCIÓN DE LOS FUNCIONARIOS DE TRATO DIRECTO

Del nivel de conocimiento

1.- ¿Conoce usted el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría?

2.- ¿Participó en capacitaciones referente a la norma técnica de los hogares Protegidos?

3.- ¿Qué entiende usted por rehabilitación de pacientes psiquiátricos?

4.- ¿Conoce usted las áreas de intervención en el proceso de rehabilitación de pacientes psiquiátricos, establecido en la norma técnica de los hogares protegidos?

5.- ¿Conoce las principales funciones que debe desarrollar un funcionario de trato directo en el proceso de rehabilitación de pacientes psiquiátricos?

¿Conoce usted el enfoque comunitario en salud mental?

De la opinión

1.- ¿Qué opinión tiene usted frente al proceso de rehabilitación de pacientes psiquiátricos?

2.- ¿Qué opina respecto al Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría?

3.- ¿Qué opina de la desinstitucionalización geográfica de los pacientes psiquiátricos?

4.- ¿Cree usted que fue favorable para los pacientes psiquiátricos la creación de los Hogares Protegidos? porque

5.- ¿Usted piensa que la sociedad, en este caso la comunidad y vecinos colindantes de los Hogares Protegidos, están preparados para involucrarse en el proceso de rehabilitación de los pacientes psiquiátricos?
¿De qué forma?

6.- ¿Qué opina del rol que usted cumple en el proceso de rehabilitación de pacientes psiquiátricos?

7.- En relación a su experiencia profesional ¿Cree usted en la rehabilitación de los pacientes psiquiátricos?

De las actitudes

1.- ¿Cómo se comporta usted con los pacientes psiquiátricos? ¿Cree usted que su actitud puede ser asistencialista y/o paternalista con los pacientes psiquiátricos?

2.- ¿Qué tipo de relación tiene usted con los pacientes del Hogar?

3.- ¿Cuál es su disposición frente al proceso de rehabilitación de los pacientes psiquiátricos?

4.- ¿Su actitud frente a la rehabilitación de los pacientes psiquiátricos ha sido influenciada por la experiencia del equipo de salud?

5.- ¿Su actitud frente a la rehabilitación de pacientes psiquiátricos, ha cambiado de acuerdo a su experiencia?

6.- ¿Se ha visto actuando de manera negativa con los pacientes psiquiátricos?

7.- ¿Ha observado conductas de sus pares que no le parecen o le incomodan, en la forma de tratar a los pacientes psiquiátricos?

VARIABLE PERCEPCIÓN

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Sub-dimensiones	Ítems
Percepción de los funcionarios de trato directo.	Proceso subjetivo de los sujetos donde capturan, elaboran e interpretan información de la realidad, entorno o situación, obteniendo una visión particular de dicha realidad, entorno o situación.	Proceso subjetivo de los funcionarios de trato directo, mediante el cual capturan, elaboran e interpretan información del proceso de rehabilitación de los pacientes psiquiátricos forenses, para obtener determinado nivel de conocimiento, opiniones y actitudes.	Nivel de Conocimiento	<p>-Nivel alto de conocimiento sobre el proceso de rehabilitación de pacientes psiquiátricos.</p> <p>-Nivel medio de conocimiento sobre el proceso de rehabilitación de pacientes psiquiátricos</p> <p>-Nivel bajo de conocimiento sobre el proceso de rehabilitación de pacientes psiquiátricos.</p>	<p>¿Conoce usted el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría?</p> <p>¿Participó en capacitaciones referente a la norma técnica de los hogares Protegidos?</p> <p>¿Qué entiende usted por rehabilitación de pacientes psiquiátricos?</p> <p>¿Conoce usted los niveles de intervención en el proceso de rehabilitación de pacientes psiquiátricos?</p> <p>¿Conoce las principales funciones que debe desarrollar un funcionario de trato directo en el proceso de rehabilitación de pacientes psiquiátricos?</p>
			Opinión	<p>-Opinión positiva frente al proceso de rehabilitación de pacientes psiquiátricos.</p> <p>-Opinión negativa frente al proceso de rehabilitación de pacientes psiquiátricos.</p>	<p>¿Qué opinión tiene usted frente al proceso de rehabilitación de pacientes psiquiátricos?</p> <p>¿Qué opina respecto al Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría?</p> <p>¿Qué opina usted del rol que cumple en el proceso de rehabilitación de pacientes psiquiátricos?</p> <p>¿Qué opina usted de los ejes temáticos en el proceso de rehabilitación?</p>
			Actitudes	<p>-Comportamiento de aceptación frente al proceso de rehabilitación de los pacientes psiquiátricos</p> <p>-Comportamiento de rechazo frente al proceso de rehabilitación de los pacientes psiquiátricos.</p>	<p>¿Cómo actúa usted con los pacientes psiquiátricos?</p> <p>¿Cuál es su disposición frente al proceso de rehabilitación de los pacientes psiquiátricos?</p> <p>¿Su actitud frente a la rehabilitación de los pacientes psiquiátricos ha sido influenciada por la experiencia del equipo de salud?</p> <p>¿Su actitud frente a la rehabilitación de pacientes psiquiátricos, ha cambiado de acuerdo a su experiencia?</p>

VARIABLE PROCESO DE REHABILITACIÓN

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Sub-dimensión	Ítems
Proceso de rehabilitación de pacientes psiquiátricos	Proceso mediante el cual las personas con enfermedades mentales logran integrarse a la sociedad.	Proceso mediante el cual las personas con enfermedades mentales logran integrarse a la sociedad a través de acciones relacionadas con el manejo de la patología que corresponden al sector salud y de acciones de otros sectores del Estado y la comunidad sin las cuales no serían eficientes las intervenciones del sector salud.	Sector salud	1.- Tratamiento especializado	1.1.- ¿Poseen un diagnóstico individualizado para la rehabilitación de cada paciente psiquiátrico? 1.2.- ¿Hay utilización de psicofármacos en los pacientes psiquiátricos? 1.3.- ¿Los pacientes psiquiátricos asisten a talleres de psicoterapia? 1.4.- ¿Los pacientes psiquiátricos participan en terapias familiares?
				2.- Acciones de Rehabilitación	2.1.- ¿Existe un programa en el hogar que permita desarrollar destrezas y habilidades sociales en los pacientes psiquiátricos? 2.2.- ¿Existe alguna rutina cotidiana para que los pacientes psiquiátricos adquieran hábitos de la imagen personal? 2.3.- ¿Existe alguna rutina cotidiana para que los pacientes psiquiátricos adquieran hábitos de buen trato entre los demás residentes? 2.4.- ¿Los pacientes psiquiátricos asisten a talleres para el desarrollo de destrezas socio laborales?
				3.- Cuidados generales de salud	3.1.- ¿Asisten los pacientes psiquiátricos a controles médicos periódicos? 3.2.- ¿Asisten los pacientes psiquiátricos a controles de salud preventiva? 3.3.- ¿En caso de contingencia o descompensación hay una consulta inmediata especializada? 3.4.- ¿Existe profesionales de la salud en los hogares protegidos encargados de los cuidados generales de la salud de los pacientes psiquiátricos?
				4.- Apoyo emocional	4.1.- ¿Poseen un taller o charlas enfocadas a la sexualidad de cada paciente psiquiátrico? 4.2.- ¿Hay utilización de psicofármacos en los pacientes psiquiátricos? 4.3.- ¿Los pacientes psiquiátricos asisten a talleres de psicoterapia? 4.4.- ¿Los pacientes psiquiátricos participan en terapias familiares?
				5.- Apoyo a la vida en comunidad	5.1.- ¿Existe reconocimiento del entorno comunitario donde se insertan los hogares protegidos? 5.2.- ¿Cuentan con un catastro actualizado de las organizaciones sociales? 5.3.- ¿Cuentan con un catastro diferenciado por temáticas (deporte, artesanal, música) de cada organización social? 5.4.- ¿Se ha activado la red local? 5.5.- ¿Se conocen a los principales dirigentes sociales del entorno? 5.6.- ¿Los pacientes psiquiátricos tienen acceso a la red local? 5.7.- ¿Los pacientes psiquiátricos han participado en alguna organización o taller barrial?

			Otros sectores del Estado y la comunidad	1.- Apoyo familiar	<p>1.1.- Desde la institución, se ha creado alguna asociación de familias de pacientes psiquiátricos?</p> <p>1.2.- ¿En el hogar se fomentan las visitas familiares?</p> <p>1.3.- ¿Hay espacios comunes para las visitas familiares?</p> <p>1.4.- ¿Las unidades de psiquiatría activan la red familiar de los pacientes?</p> <p>1.5 ¿Hay motivación por parte de la institución por realizar actividades que aglutinen a todas las familias?</p>
				2.- Programas Habitacionales	<p>2.1.- ¿Conocen los casos de los pacientes que no poseen con vivienda o residencia de apoyo cuando estos egresan de los hogares?</p> <p>2.2.- ¿Hay estadísticas o control de los pacientes que no cuentan con vivienda?</p> <p>2.3.- ¿Hay políticas institucionales para colaborar con el acceso a viviendas?</p> <p>2.4.- ¿Hay estrategias de alianzas y colaboración entre otras entidades para adquirir viviendas?</p>
				3.- Programas de inserción laboral	<p>3.1.- ¿Existe un conocimiento de las habilidades u oficios de cada paciente?</p> <p>3.2.- ¿Hay estrategias de colaboración con entidades públicas y privadas para la creación de empleos protegidos?</p> <p>3.3.- ¿Desde la institución existe una bolsa de trabajo con empleos protegidos?</p>
				4.- Programas recreacionales	<p>4.1.- ¿Desde la institución hay espacios deportivos para la activación física?</p> <p>4.2.- ¿Existen talleres culturales para la activación de habilidades artísticas?</p> <p>4.3.- ¿Hay motivación para desarrollar actividades recreacionales?</p> <p>4.4.- ¿Conocen las preferencias y gustos de cada paciente?</p> <p>4.5.- ¿Hay encuentros inter-hogares, donde cada paciente tenga contacto con otros residentes?</p>
				5.- Programas de transporte y comunicaciones	<p>5.1.- ¿Los pacientes tienen acceso a un teléfono en el hogar?</p> <p>5.2.- ¿Los pacientes mantiene contacto telefónico con la red familiar?</p> <p>5.3.- ¿Los pacientes establecen contacto telefónico con otros residentes ajenos del hogar?</p> <p>5.4.- ¿Los pacientes poseen tarjeta para desplazarse?</p>
				6.- Programa de educación y capacitación	<p>6.1.- ¿Conocen los niveles de educación de cada paciente?</p> <p>6.2.- ¿Se han implementado programas de nivelación de estudios?</p> <p>6.3.- ¿Conocen los oficios y/o profesiones de cada paciente?</p> <p>6.4.- ¿Hay interés institucional por capacitar a los pacientes en algún oficio?</p> <p>6.5.- ¿Hay vinculación con centros de formación técnica?</p>

BIBLIOGRAFÍA

- Acuña, J., (1999): **Modelos de Rehabilitación Psicosocial**, Editorial Ministerio de Salud Chile, División de Salud de las Personas, Unidad de Salud Mental.
- Adout, J., (1986): **¿Las razones de la locura?**, Editorial Fondo de Cultura Económica, México.
- Ander-Egg, E., (1995): **Diccionario del Trabajo Social**, Editorial Lumen, Buenos Aires, Argentina, 7ª reimpresión.
- Basaglia, F., (1973): **La Mayoría marginada**, Editorial Laia S.A, Madrid, España.
- Basaglia, F., (1980): **Antipsiquiatría y política**, Editorial Extemporáneo S.A., México.
- Basaglia, F., (2004): **Razón, locura y sociedad**, Editorial Siglo XXI S.A, 14ava. Edición en español.
- Bayo, J., (1987): **Percepción, Desarrollo Cognitivo y Artes Visuales**, Editorial del hombre Anthropos.
- Bruce Goldstein, E., (2005): **Sensación y Percepción**, Editorial Cengage Learning Editores, Sexta edición.

- Bogdan y Taylor., (1986): **Introducción a los métodos cualitativos de investigación:** La búsqueda de significados, Ediciones Paídos, Ibérica S.A, 1987, Barcelona-España.
- Ceberio, R., (2010): **La nave de los locos: Historia de la locura, su marginación social y alternativas de cambio,** Primera edición, Editorial Teseo, Buenos Aires.
- Crowcroft, A., (1967): **La Locura,** Editorial Alianza S.A, Madrid, España.
- Etxeberria, X., (2008): **Perspectiva ética de la práctica de Rehabilitación psicosocial,** Norte de Salud Mental N° 32.
- Ey, H., Bernard, P., S.A, Brisset, Ch. (1978): **Tratado de Psiquiatría,** Editorial Masson Barcelona España, 8va. Edición en español.
- Fernández, M. González, J. Fernández, J. y Eizaguirre, L., en Rodríguez, A. (Coor): **Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos.** Ediciones Piramide S.A, Madrid, España.
 “El campo de la rehabilitación psicosocial” (1997):
- Flores, L., (Coord.), (2002): **Orientaciones técnicas para el desarrollo de clubes de integración social,** Ministerio de Salud Chile, División de Rectoría y Regulación Sanitaria, Unidad

- de Salud Mental.
- Foucault, M., (1967): **Historia de la locura en la época clásica**, Edición Fondo de Cultura Económica, México.
- Foucault, M., (1973): **Los anormales**, Edición Akal S.A, Madrid, España.
- Foucault, M., (1984): **Enfermedad mental y personalidad**, Edición Paidós Ibérica S.A, Barcelona, España.
- Gisbert, C., (Coord.), (2002): **Rehabilitación del Trastorno Mental Severo, Situación actual y recomendaciones**, Cuadernos Técnicos N°6, Madrid, Ed. Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).
- Gisbert, C., (Coord.), (2003): **Rehabilitación Psicosocial y Tratamiento integral del Trastorno Mental Severo**, Asociación Española de Neuropsiquiatría, estudios / 28, Madrid.
- González y Rodríguez **Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención**, Consejería de servicios sociales,

comunidad de Madrid. Cuaderno técnico
Nº17de servicios sociales.

- Goldstein, B., (2005) **Sensación y Percepción**, Editorial Cengage Learning Editores, Sexta edición.
- Guinsberg, E., (1990): **Normalidad, conflicto psíquico y control social**, Edición Plaza y Valdés S.A. México.
- Gutiérrez, A., (1860): **Curso completo de filosofía elemental: Psicología**, Vol. 1, Editorial Santander Hijos de Martínez, España.
- Hernández, Fernández y Baptista (2003): **Metodología de la Investigación**, Editorial McGraw-Hill Interamericana, 3ra.edición.
- Inglott, R. (1999): **La cuestión de la transdisciplinariedad en los equipos de salud mental**. Revista de Asociación Española de Neuropsiquiatría, XIX.
- INP (s/d): **Discapacidad Mental**, Manual 4 de capacitación.
- Jodelet. D., (1984): **La representación social: fenómenos, conceptos y teoría**. En Moscovici, S., (1986): **Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales**. Ediciones Paidós, Barcelona, Buenos Aires,

México.

- Merleau-Ponty, M., (1957): **Fenomenología de la percepción**, Editorial Fondo de Cultura Económica, México.
- Ministerio de Salud Chile (2000): **Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría**, Departamento de Salud Mental, Santiago de Chile.
- Montmollin, G. (1984): **El cambio de actitudes**, En S. Moscovici (Ed.): **Psicología Social I. Influencia y cambio de actitudes individuales y grupos**.
- Moscovici, S. (1979): **El psicoanálisis: su imagen y su público**. Buenos Aires, Ediciones Paidós, Barcelona.
- Moscovici, S., (1984): **Psicología Social: influencia y cambio de actitudes, individuos y grupos**, Vol. I, Ediciones Paidós, Barcelona.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT), Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y Organización Mundial de la Salud (OMS), (1994): **Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) con y para personas con discapacidad**, Ponencia conjunta.
- Organización Mundial de la Salud, (1990): **Declaración de Caracas**,

- Oviedo, G., (2004) **La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt,** Revista de Estudios Sociales N°18”, Editorial Dossier.
- Perera, M., (s/d): **A propósito de las representaciones sociales: apuntes teóricos, trayectoria y actualidad.**
- Roa, A., (1971): **Formas del pensar psiquiátrico,** Edición Universitaria, Santiago, Chile.
- Roa, A., (1974): **Demonio y Psiquiatría,** Edición Andrés Bello, Santiago, Chile.
- Roa, A., (1980): **Enfermedades mentales,** Edición Universitaria, Santiago, Chile.
- Rodríguez, A., (1997): **Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastornos Mentales,** Ediciones Pirámide, Madrid.
- Rodríguez, J. (2007): **La salud mental en América Latina y el Caribe: desafíos y perspectivas,** Revista de Psiquiatría, Vol. 71, N° 1, Uruguay.
- Rodríguez, F., (2010): **La recuperación de la psiquiatría comunitaria,** Norte de

salud mental, Vol. VIII, N° 37.

- Rodríguez, J., (2011): **Los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe: la evolución hacia el modelo comunitario**, Revista de psiquiatría. Vol. 75, N°2, Uruguay.
- Szasz, T., (1974): **El mito de la enfermedad mental**, Edición Amorrortu, Buenos Aires, Argentina.
- Szasz, T., (1982): **Ideología y enfermedad mental**, Edición Amorrortu, Buenos Aires Argentina.
- Szasz, T., (2006): **La fabricación de la locura**, Edición Kairos, Unión Europea, 4ta. Edición.
- Torres, R., (2001): **Experiencias de Psiquiatría Comunitaria en Chile**, Santiago de Chile, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Santiago de Chile.
- Vallejos, J., (2006): **Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría**, Barcelona, Ediciones Elsevier Masson.
- Vargas Melgarejo, L., (1994) **Sobre el Concepto de Percepción**, Editorial Alteridades.
- Ventosa, J., y Marset, R., (2001): **Integración de Personas con Disminución Psíquica en el Tiempo Libre**, Madrid, Editorial CCS.

FUENTES ELECTRÓNICAS

- Anónimo, (n/d): **El 75 % de las personas con trastornos mentales no reciben atención.** [Consultado el 09 de noviembre 2011].
<http://www.enfoques365.net/noticia/15982/oms-75-de-las-personas-con-trastornos-mentales-no-reciben-atencion>
- Anónimo, (s/d): **Las enfermedades mentales en la actualidad.** [Consultado el 04 de noviembre 2011].
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872011001000019&script=sci_arttext
- Anónimo, (s/d): **Enfermedad Mental.** [Consultado el 02 de diciembre 2011].
http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_mental
- OMS, (2011): **Salud mental y derechos humanos.** [Consultado el 03 de diciembre 2011].
http://www.who.int/mental_health/policy/legislation_module_spanish.pdf.

OMS, (2011):

Salud mental y estado de bienestar. [Consultado el 03 de diciembre 2011].
http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Sepúlveda, R. (2006):

Las enfermedades mentales y entre ellas la depresión serán cada día más frecuentes en Chile y Latinoamérica. [Consultado el 12 de noviembre 2011].
<http://rafael-sepulveda.blog.blogspot.com/2006/10/las-enfermedades-mentales-y-entre.html>.