



ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

**ATENCIÓN EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA
CON UN MODELO COMUNITARIO**

HOSPITAL BARROS LUCO T.

COMUNA: PEDRO AGUIRRE CERDA

Alumna: Raquel González Luengo.

Profesor Guía: Omar Ruz Aguilera.

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

Santiago, Chile

2007

INDICE

INTRODUCCION.....	4
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
2. OBJETIVOS	9
3. ESTRATEGIA METODOLOGICA	11
I PARTE.....	15
MARCO TEORICO	15
CAPITULO I	16
SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA.....	16
1. La salud y la enfermedad	18
2. La estigmatización.....	22
CAPITULO II.....	24
PSIQUIATRIA COMUNITARIA.....	24
3. Aproximaciones para una definición de psiquiatría comunitaria	24
4. Historia de la Antipsiquiatría.....	46
5. Desinstitucionalización	48
6. Procesos de la Reforma Psiquiátrica en Chile.....	50
II PARTE	54
MARCO REFERENCIAL	54
CAPITULO II.....	55
PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA	55
III PARTE.....	74
ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	74
CAPITULO III.....	75
PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS FRENTE AL PROGRAMA DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA COMUNITARIA.....	75
1. Psicoeducación.....	75
2. Participación Familiar.....	79
3. Abordaje en crisis.....	84
4. Disponibilidad en la atención	86
5. Integración comunitaria y social	89
6. Relación entre pacientes	92
7. Acompañamiento.....	95
8. Recuperación.....	97
9. Equipos de salud mental.....	98
10. Derechos y Deberes	99
CAPITULO IV	102
PERCEPCION DE LOS PROFESIONALES DE SALUD MENTAL ACERCA DE LA METODOLOGIA DE INTERVENCIÓN	102
1. Metodología de Intervención.....	103
2. Diferencias entre Modelo Clásico y Actual.....	106
3. Coordinación Equipo de Salud Mental y Psiquiatría.....	108
4. Capacidad de los Equipos.....	113
5. Trabajo en Red.....	116
6. Posición Institucional.....	119

7.	<i>Aplicación del Modelo</i>	121
8.	<i>Inserción y Reacción de la Comunidad</i>	122
9.	<i>Recursos Humanos y Materiales</i>	124
10.	<i>Vínculos</i>	126
11.	<i>Participación</i>	128
CONCLUSIONES		131
HALLAZGOS DE INVESTIGACION		148
APORTES DEL ESTUDIO AL TRABAJO SOCIAL		151
BIBLIOGRAFIA		154
	RECURSOS ELECTRÓNICOS.....	157
ANEXOS		158
	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	159
	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	162

INTRODUCCION

Las investigaciones y acumulación de experiencias que se tienen sobre los resultados de los cambios de la humanidad, han provocado que muchas de las miradas que se tenía sobre un determinado fenómeno hayan sido cuestionadas. Las ciencias médicas no están ajenas a este cambio y es así como ha ido evolucionando la visión del proceso salud-enfermedad. La psiquiatría en particular se ha visto obligada a cuestionar sus métodos de análisis sobre la problemática de salud. Las nuevas enfermedades y el carácter multifactorial de la causalidad de las enfermedades, conlleva a que se realice urgentemente un cambio de las prácticas y los modelos de intervención basados en la atención asistencialista hasta hoy practicada con personas que padecen de algún trastorno mental, por una práctica que integre a la comunidad. Hoy se busca trabajar para, en y con la comunidad.

Desde hace cuatro décadas, América Latina ha sido testigo de experiencias en atención comunitaria en salud mental. Las más significativas y permanentes las constituyeron los ejemplos de atención de los pacientes psiquiátricos en los hospitales generales. Las experiencias de países como Perú y Argentina demostraron la posibilidad de atender a personas con trastornos psicóticos fuera de los hospitales mentales. Chile también fue uno de los primeros países latinoamericano en implementar la experiencia comunitaria. Ya en 1950 se creó en la Universidad de Chile el Instituto de Investigación sobre Alcoholismo que tenía esta orientación, modelo que fue desarrollado por el Dr. Juan Marconi, y que en 1966 se amplió al resto de los trastornos mentales. Esta y otras experiencias, como la realizada en la ciudad de Temuco, fueron interrumpidas en 1973 con la llegada del régimen militar y los múltiples atropellos a los derechos humanos que se vivieron en ese período, los cuales incluyeron el despido de los principales profesionales que trabajaban en esta área. Todos sus trabajos quedaron guardados sin tener apoyo para ser promocionados.

En noviembre de 1990 tuvo lugar en la ciudad de Caracas, Venezuela, la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, organizada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), auspiciada por múltiples organizaciones e instituciones regionales e internacionales. Desde esa fecha, las direcciones de salud mental de los países de América Latina están implementando los principios de la Declaración de Caracas. En esta declaración se postula reorientar la atención psiquiátrica, siendo el principal planteamiento el de no limitarla al hospital mental como única modalidad asistencial, sino considerar a la comunidad como un rango amplio de alternativas asistenciales. A través de su implementación, la declaración busca orientar a los países a entregar una atención más equitativa, basada en los mejores conocimientos científicos existentes, respetuosa de los derechos humanos, ligada a la atención primaria en salud, descentralizada, accesible, continua y preventiva.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su “Informe sobre Salud Mundial 2001” da cuenta de las nuevas realidades mundiales en salud, incluyendo aspectos como la urbanización de la sociedad, la evolución tecnológica y la pobreza, entre otros, los que denomina “factores sociales”. Estos factores sociales son parte importante a la hora de evaluar las condiciones en las que se encuentra una sociedad. La OMS incorpora una crítica hacia las inequidades y propone un compromiso solidario de la comunidad mundial frente a esta realidad. Concluye que las ciencias de la salud han acumulado una sólida evidencia respecto de que la mayoría de los trastornos mentales tienen una mayor prevalencia entre las personas más pobres. Frente a esto, propone un modelo comprensivo de la relación pobreza – trastornos mentales y sostiene, además, que la epidemia del siglo XXI serán las enfermedades mentales. (OMS; 2001)

Sobre la base del claro impacto de las enfermedades mentales en el mundo, en el año 1986, la 39ª Asamblea de la OMS resolvió apoyar a los gobiernos en la realización de acciones intersectoriales para disminuir dichas enfermedades, y la

Organización Panamericana de la Salud (OPS), en 1997 instó a los Estados miembros a formular y desarrollar Planes Nacionales de Salud Mental.

En Chile, para hacer frente a este desafío, se buscaron estrategias de salud pública, las que se agruparon en dos planes nacionales de salud mental y psiquiatría: el primero en el año 1993, el que sirvió de base para proponer un segundo plan en el año 2000, con un modelo más elaborado en cuanto a la red de atención y a los programas de actividades. En su elaboración participaron en conjunto con el Ministerio de Salud diversos organismos, representantes de la salud, así como también de las ciencias sociales, familiares y usuarios.

El Plan de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000 cuenta con una red de servicios que da forma a un modelo de atención comunitaria. Esta red de servicios se establece considerando características comunes dentro de un territorio determinado. Entre las líneas de acción que plantea desarrollar el Plan, se encuentran los servicios comunitarios de salud mental (centros comunitarios de salud mental familiar (COSAM), hospitales de día y hogares protegidos), la integración de la atención de salud mental en los servicios de salud generales y la creación de vínculos intersectoriales; todo ello bajo un enfoque biopsicosocial, dando prioridad a las acciones preventivas y de intervención temprana, dirigidas a mejorar la calidad de la atención, con la participación activa de los usuarios, sus familiares y organizaciones locales. (Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría; 2000).

El propósito general del Plan de Salud Mental y Psiquiatría es tener la capacidad de contribuir a que todas las personas, las familias y la comunidad en general tengan la capacidad para interactuar entre sí y con el medio que los rodea, con el fin de promover el bienestar subjetivo, desarrollar y potenciar habilidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, así como contribuir al logro de sus metas individuales y colectivas, respetando los derechos y el bien común. (Ibid)

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según el Ministerio de Salud, 450 millones de personas en el mundo sufren actualmente de trastornos mentales. En Chile, la prevalencia de vida de los principales trastornos mentales es de 36%. Esta situación ha requerido por parte del Estado una conducta activa, lo que se tradujo en la aplicación de estrategias de salud pública agrupadas en dos planes nacionales de Salud Mental y Psiquiatría puestos en marcha por el Ministerio de Salud en los años 1993 y 2000.

Con la implementación del primer plan, se estableció un modelo elaborado en red de atención y de programas de actividades que abarcaban los problemas prioritarios.

En el segundo plan, aplicado en el año 2000, se reflejan las principales líneas de acción propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe sobre la salud en el mundo en el año 2001. Entre dichas acciones se encuentra el desarrollo de servicios comunitarios de salud mental en los servicios de salud generales y la creación de vínculos intersectoriales. Estos programas tienen un enfoque biopsicosocial y dan prioridad a las acciones preventivas y de intervención temprana dirigidas a mejorar continuamente la calidad de la atención con la participación activa de los usuarios, sus familiares y organizaciones locales.

El actual Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (Minsal, 2000) tiene un enfoque comunitario en el abordaje de los problemas de salud mental. En términos estratégicos, este plan establece que se deben crear servicios de salud mental y psiquiatría en red (dentro del sector de salud y junto con otros sectores) en los que participen usuarios y sus familiares y en los que las organizaciones locales desempeñen un papel destacado en el desarrollo de los mismos.

El desarrollo del modelo de atención comunitario permite que los recursos asistenciales disponibles, ya sean públicos o privados, se apliquen a los trastornos de

salud mental y a las enfermedades psiquiátricas de la población de una determinada área geográfica, en forma coordinada e integrada, dando prioridad a las estrategias comunitarias y participativas, según las realidades y necesidades de cada género y grupo sociocultural. Según este modelo, el eje del apoyo organizativo es el equipo de salud mental y psiquiatría comunitaria.

El Ministerio de Salud ha estimado, como un plan estratégico, desarrollar el modelo de atención en Salud Mental y Psiquiatría propuestos en el Plan Nacional, en un establecimiento determinado considerado como un “Area de Demostración”. Para ello se realizó un concurso nacional en el año 2000, donde el Servicio de Salud Metropolitano Sur resultó elegido. Las consideraciones, entre otras, fueron: los aportes que los profesionales de este Servicio han hecho en la historia de la psiquiatría comunitaria en Chile, la trayectoria en el campo de la formación de profesionales y técnicos en salud mental y psiquiatría, el desarrollo de sus relaciones humanas en este campo y el grado de desarrollo que en este Servicio han alcanzado los distintos componentes del nuevo modelo de atención y la adhesión a los postulados de la Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria que se manifiesta en un respaldo a la gestión del Modelo por parte de las autoridades de la dirección (Servicio de Salud Metropolitano Sur).

El Ministerio de Salud y el Servicio de Salud Metropolitano Sur están interesados en formalizar una relación de trabajo consensuada, coordinada y continua con el objetivo de consolidar esta estrategia y facilitar el pleno desarrollo de un Nuevo Modelo de Atención en Salud Mental y Psiquiatría en este Servicio.

Ante las dudas referentes a los efectos y la percepción de las personas que son beneficiadas por este modelo de intervención, se desarrolla en el punto siguiente la pregunta que guía esta investigación.

Preguntas de Investigación

¿Cuál es la percepción que tienen los usuarios frente a la aplicación del modelo de Psiquiatría Comunitaria del Hospital Barros Luco en la Comuna de Pedro Aguirre Cerda?

¿Cuál es la percepción sobre el modelo de Psiquiatría Comunitaria del Hospital Barros Luco según sus propios ejecutantes?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General I:

Describir la percepción que tienen los usuarios frente al programa de Psiquiatría Comunitaria del Hospital Barros Luco en la Comuna de Pedro Aguirre Cerda.

Objetivos Específicos:

Identificar las fortalezas del programa de Psiquiatría Comunitaria, según sus propios usuarios.

Identificar las debilidades del programa de Psiquiatría Comunitaria, según sus propios usuarios.

Establecer la percepción que tienen los usuarios del programa de Psiquiatría Comunitaria, con respecto a la relación que establecen con los ejecutores de dicho programa.

2.2 Objetivo General II:

Describir la percepción sobre la aplicación del modelo de Psiquiatría Comunitaria del Hospital Barros Luco, según sus propios ejecutores.

Objetivos Específicos:

Establecer las fortalezas en la aplicación del modelo de Psiquiatría Comunitaria del Hospital Barros Luco, según los propios profesionales ejecutores.

Establecer las debilidades en la aplicación del Programa de Psiquiatría Comunitaria del Hospital Barros Luco, según los propios profesionales ejecutores.

Determinar la percepción que tiene los propios profesionales ejecutores sobre la relación que establecen con los usuarios del programa de Psiquiatría Comunitaria.

2.3. Hipótesis

Los usuarios que reciben atención psiquiátrica en el Hospital Barros Luco, basada en un modelo comunitario, perciben que la atención que se les brinda es un aporte a la mejoría de su calidad de vida.

Los ejecutores del programa de psiquiatría comunitaria del Hospital Barros Luco perciben que la práctica basada en un modelo comunitario permite que las personas presenten avances significativos de recuperación en su enfermedad.

3. ESTRATEGIA METODOLOGICA

3.1. Tipo de Investigación

La investigación tiene carácter descriptivo, debido a que su objetivo principal se orienta a describir la percepción de usuarios y ejecutores del programa de Psiquiatría Comunitaria del Hospital Barros Luco.

La investigación descriptiva consiste en identificar y evaluar ciertas características de una situación particular en uno o más puntos del tiempo. Su propósito principal es describir situaciones, eventos y hechos, es decir, cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno (Hernández et al, 1991).

El estudio es transeccional debido a que la recolección de los datos se realiza en un determinado tiempo y los resultados que se obtienen son reflejo del estado momentáneo de las variables. La medición de ellas se realiza en una sola oportunidad y no es experimental, porque el análisis y revisión de variables se realiza sin manipulación intencionada. La investigación consiste en analizar su comportamiento, y concluir a partir de los hechos observables (Ibid).

El enfoque de la investigación es cualitativo, entendiendo que éste se utiliza para descubrir y refinar preguntas de investigación y que con frecuencia se basa en métodos de recolección de datos sin medición numérica, como las descripciones y las observaciones. Su propósito principal consiste en reconstruir la realidad, tal como la observan los actores de un sistema social previamente definido. Dicho enfoque a menudo se le denomina holístico, porque se precia de considerar el todo, sin reducirlo al estudio de sus partes (Ibid).

3.2. Universo

El universo corresponde a 500 usuarios adultos, entre los 18 y 50 años, del programa de Psiquiatría Comunitaria del Hospital Barros Luco de la Comuna de Pedro Aguirre Cerda y a un total de 35 profesionales que desarrollan su labor en el programa de Psiquiatría Comunitaria del Hospital Barros Luco de la Comuna de Pedro Aguirre Cerda.

3.3. Muestra

La muestra de 16 usuarios se seleccionará bajo los siguientes criterios:

- Participación en el programa por lo menos un año.
- Contar con apoyo familiar.
- Residente en la Comuna P.A.C.
- Edad entre 18 a 50 años.

En cuanto a la muestra de los profesionales, consiste en 10 profesionales seleccionados bajo los siguientes criterios:

- Profesionales pertenecientes a la red de Asistencia de Salud Mental de la Comuna P.A.C

3.4. Unidad de Análisis

Para efectos de la investigación, la unidad de análisis es constituida por la percepción de 16 usuarios del programa de Psiquiatría Comunitaria del Hospital Barros Luco T., de la Comuna de Pedro Aguirre Cerda, así como la percepción de 10 profesionales de dicho hospital y comuna.

3.5. Técnicas de Recolección de Datos

Para indagar acerca de la percepción que tienen los usuarios y los profesionales que trabajan en el área de la salud mental, sobre la aplicación del nuevo modelo de atención en psiquiatría comunitaria, se aplicaron las siguientes técnicas:

Revisión Bibliográfica: Lo concerniente a la metodología y teoría de la investigación se realiza a partir de la recolección y análisis de material relativo al Modelo de Psiquiatría Comunitaria, lo que permite la elaboración de un marco teórico, así como la definición de las variables del estudio; el análisis de los resultados responde a ésta y otras técnicas.

Entrevistas en Profundidad: Aplicadas a 10 profesionales y 16 usuarios, con el objeto de establecer las impresiones y representaciones de los ejecutores del programa de salud mental y psiquiatría y de los usuarios del mismo.

Grupos Focales: Se aplicó a un grupo de usuarios con el fin de profundizar en su percepción acerca de la atención que reciben durante el tratamiento y, principalmente, la relación que se desarrolla con el equipo multidisciplinario de la unidad de salud mental y psiquiatría del Hospital Barros Luco T.

3.6. Técnica Análisis de los Datos

Matriz de análisis:

Para el análisis de los datos obtenidos de la aplicación de las entrevistas en profundidad, se utilizó una matriz de análisis cualitativo, construida a partir de la operacionalización de las variables contenidas en los objetivos (Echeverría, 2005).

Variables

La investigación comprende el análisis de la manifestación de dos variables: la percepción del Programa Psiquiatría Comunitaria del Hospital Barros Luco, según los usuarios y la percepción de la aplicación del modelo de Psiquiatría Comunitaria en las intervenciones según los ejecutores.

I PARTE
MARCO TEORICO

CAPITULO I

SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA

El concepto de salud mental es de difícil definición. Una de las razones es que el concepto salud mental está cargado de un gran contenido valorativo, por lo que dependerá de las representaciones sociales y paradigmas científicos dominantes en cada cultura. Por tanto, no sólo depende de las alteraciones psicológicas de las personas, sino que va a depender de las actitudes que tenga la sociedad en la que se halle inserto con respecto a esas alteraciones.

Así, por ejemplo, para las antiguas civilizaciones, que tenían un pensamiento mágico-animista, los desórdenes mentales eran catalogados como posesiones demoníacas. A los griegos se les atribuye como los primeros en considerar los trastornos mentales desde una mirada más científica, buscando explicaciones, ya no en la religión, sino que más bien en la naturaleza del ser humano. Con la caída del imperio romano, estas ideas sobre el origen de las enfermedades sufren un retroceso. La psiquiatría fue excluida de la medicina por la iglesia. En la época del renacimiento, surge la posibilidad de recuperar la idea de el origen de las enfermedades mentales, sin embargo fue uno de los más duros períodos que ha vivido la psiquiatría (el “tratamiento” prescrito para la enfermedad mental era la tortura y la cremación para “liberar el alma”). Sin embargo, en este período también existen acontecimientos positivos para los enfermos mentales y para la psiquiatría en sí, como por ejemplo, en la ciudad de Valencia en el año 1409, se crea el primer hospital psiquiátrico del mundo, este hecho es considerado como la “primera revolución psiquiátrica”. Posteriormente se fundaron centros similares en otras ciudades de España y en México. En el período de la Ilustración, aún cuando los enfermos mentales no eran mandados a las hogueras, su situación no había mejorado del todo, pues vagaban por las calles, siendo “presas seguras” de las ironías y los maltratos de las personas. (*Rubí, P. (n.d)*)

Alrededor del 1800 comienza en Francia la psiquiatría científica con la obra del médico Philippe Pinel (1745-1826), quien se plantea no generar nuevas hipótesis sino observar y describir los hechos observables. Su gran aporte fue cambiar la visión de la comunidad hacia los enfermos mentales, planteando que eran seres humanos con derecho a tratamiento médico. Con la obra de Pinel, quien fue el primero en clasificar las enfermedades mentales, la psiquiatría se libera de las interpretaciones demonológicas, las que son sustituidas por las observaciones empíricas, produciéndose la segunda revolución psiquiátrica.

A mediados del siglo XIX se da paso a la tercera revolución psiquiátrica, con las concepciones de Kraepelin (1856-1926), quien plantea que el médico se debe acercar al lecho del enfermo y observarlo, y de Freud (1856-1939), quien postula que es preciso acercarse al enfermo y comprenderlo. En el siglo XX, los avances en la neurología, la fisiología y la bioquímica fueron la base para el desarrollo de la psiquiatría organista y el auge de la psicofarmacología. Finalmente, en la actualidad, con el inicio de concepciones psicosociológicas de la salud y la enfermedad mental se da paso a las clasificaciones internacionales.

Para la OMS, Salud Mental:

“es un estado sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales en que el individuo se encuentra en condiciones de conseguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas potencialmente antagónicas, así como de formar y mantener relaciones armoniosas con los demás y participar constructivamente en los cambios que pueden introducirse en su medio ambiente físico y social”. (citado por Sierra; 1998: 15)

No cabe duda de que en los últimos años el mundo ha ido desarrollando una nueva concepción sobre salud mental. La crisis que atraviesa la disciplina de la psiquiatría a nivel mundial, el proceso de transformación política, social y cultural que vive la sociedad a nivel nacional y el énfasis que se ha puesto en la recuperación de los derechos humanos, son parte del cambio en la percepción que tenemos hoy de la salud mental.

1. La salud y la enfermedad

En la literatura existente, no se encuentra ninguna definición satisfactoria del término “salud”. Sin embargo, lo que más se acerca a ella, es la que define “salud” como un estado inadvertido mientras no estalle la enfermedad. A su vez, la O.M.S. la define como “un estado de bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad.” (Vidal; 1986: 202)

Por otro lado, la pérdida de la salud, es decir, la enfermedad, no presentaría solamente causas, sino también sentido y significado, los cuales inciden en ella. Por lo tanto, el estado de enfermedad es un acontecimiento íntimo, de tal manera que lo patológico penetra toda la vida de la persona, transformando su vivir en una angustia, como lo ha expresado la O.M.S., la que define “enfermedad” como “una consecuencia de la insuficiencia o desarmonía interna del organismo, base de la patología constitucional”. (Vallejo; 1977: 98)

La enfermedad irrumpe como algo insólito que trastorna el curso de la existencia humana. Su esencia está en alteraciones somáticas o funcionales del organismo; sin embargo, no se limita a eso solamente, sino que el enfermar afecta al ser humano en todos sus aspectos, ya que se modifica por el hecho mismo de la enfermedad.

1.1. Lo normal y lo patológico

Durante la historia de la humanidad, muchos estudiosos han tratado de definir lo referente a la normalidad y la anormalidad asociados a la enfermedad, sin llegar a una definición consensuada; sin embargo, para aclarar estos conceptos hay algunos criterios.

Lo normal se precisa como: lo que se halla en su estado natural, lo que sirve de norma o regla, y lo anormal o patológico se define como variantes de la normalidad.

“Si una persona presenta alteraciones de sus funciones psíquicas, a menudo se clasifica como enfermo mental, pero es mucho más arduo encuadrarlo dentro de la normalidad o anormalidad en los casos limítrofes, en los cuales se presentan ciertas anomalías con diferencias sólo cuantitativas del psiquismo normal”. (Ibid; 99)

Según K.Schneider, citado por Vallejo (op.cit.), las enfermedades mentales son las psicosis y las variantes anormales del modo de ser psíquico; comprenden las reacciones vivenciales anormales (neurosis), las personalidades anormales (psicopatías) y disposiciones anormales de la inteligencia.

Las personalidades anormales que suelen conocerse con el nombre de psicopatías, o personalidades psicopáticas, consisten en malformaciones del carácter o de la personalidad que, sin que en el individuo se perciban alteraciones psíquicas importantes, le inducen a trastornos serios de la conducta y, por tanto, a inadaptación social. (Vallejo; op.cit)

Su anomalía, que pasa inadvertida al observador ocasional, queda bien patente al analizarse el curso de su vida, el cual se presenta profundamente alterado (fracasos sociales, profesionales, familiares, comisión de delitos, entre otros.).

Otra forma de definir, establece que una persona es normal en la medida que acata las costumbres, pautas, códigos y leyes de una sociedad determinada, adaptándose a ella. Los criterios de salud mental que rigen actualmente, la definen como “el funcionamiento pleno y armonioso de toda la personalidad.” (Vidal; op.cit: 202). Desde una mirada social, una persona será normal si es capaz de desempeñar en la sociedad la función que le corresponde, es decir, si es capaz de participar en el proceso de producción activo de una sociedad determinada.

Sin embargo, se debe considerar que cualquier criterio de normalidad es aceptable, ya que existen diversos prototipos de normalidad, dependiendo de la sociedad en que se encuentre. Cada sociedad y civilización construye e instala su propio sistema normativo, por lo que ninguna conducta humana es absolutamente normal o anormal. Hay que tener en cuenta que anormal se considera únicamente como una variedad de lo normal. Por último, aún considerando esa variedad, es posible la existencia de un “estado enfermo”, el cual está constituido por la exageración, la desproporción y las desarmonías de los fenómenos normales.

1.2. El trastorno mental

El trastorno mental se precisa como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (por ejemplo: dolor), a una discapacidad (por ejemplo: deterioro en las áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad.

Una concepción errónea muy frecuente es pensar que la clasificación de los trastornos mentales clasifica a las personas. Lo que realmente hace es clasificar los trastornos que padecen las personas. Se debe evitar el uso de expresiones como «un esquizofrénico» o «un alcohólico» y emplear la frase «un individuo con esquizofrenia» o «un individuo con dependencia del alcohol». (Pichot, López-Ibor, y Valdés; 1996)

Cualquiera sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (por ejemplo político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción.

1.3. La enfermedad mental y su influencia en el medio

Muchas veces, la anormalidad lleva a una situación de quiebre con la realidad que rodea a la persona que la padece. Esto hace necesario separarlo del mundo de los “normales”. Esta es la internación del paciente en una institución psiquiátrica. En ella, el paciente es separado de la sociedad, en un ambiente en el que pueda acceder a una atención personalizada para la solución, hasta donde sea posible, de su mal.

“Si bien originalmente el enfermo sufre de la pérdida de la propia identidad, la institución y los parámetros psiquiátricos acaban constituyéndole una nueva: el paciente internado asume la institución como cuerpo propio, incorporando en sí la imagen que ella le impone. Este espacio se transforma en uno donde prima la violencia y el poder; al mismo tiempo se les excluye, se les separa y se les distancia. Además, el tipo

particular de estructura y de ordenamientos institucionales, más que sostener al paciente, lo constituyen". (Basaglia; 1989: 84)

Del mismo modo, los hospitales psiquiátricos, donde un gran número de individuos, aislados de la sociedad, comparten en su encierro una rutina diaria, tienen el carácter intrínseco de prisión; sin embargo, sus miembros no han quebrantado ninguna ley. La alienación es, para el enfermo, mucho más que un status jurídico; es una experiencia real que se inscribe necesariamente en el hecho patológico.

2. La estigmatización

La palabra "estigma" proviene del griego y significa "atravesar, hacer un agujero". Actualmente, este concepto se ha utilizado especialmente para hacer referencia a ciertos diagnósticos (por ejemplo: tuberculosis, cáncer, enfermedad mental) que despiertan prejuicios contra las personas. El prejuicio no analiza si existe o no una razón que justifique el comportamiento positivo o negativo frente al objeto del prejuicio. Muchas veces, la discriminación es la consecuencia negativa de estigmas y prejuicios, privando a individuos de derechos y beneficios.

“En occidente, las personas que padecen una enfermedad mental son calificados como "locos" en el lenguaje popular; sufren discriminación en temas de vivienda y empleo y generan el temor de que son peligrosos; además, son considerados dentro de una categoría social muy baja. Esta es la estigmatización a que están sometidos".
(<http://www.esquizofreniabrelaspuertas.com/estigma/estigma3.htm>)

La discriminación, por tanto, constituye la forma más directa del daño infligido a los que padecen una enfermedad mental. El reducirla, ayuda a disminuir la estigmatización y el consiguiente prejuicio.

CAPITULO II

PSIQUIATRIA COMUNITARIA

La psiquiatría comunitaria comienza a desarrollarse como modelo en el mundo en la década de 1950 y comienzos de la de 1960, producto de los movimientos en defensa de los derechos humanos y los derechos civiles que caracterizaron ese período. Estos incluyeron con fuerza el derecho de las personas con enfermedades mentales. La visión de que el encierro y el aislamiento no engendraban ninguna función terapéutica, sino más bien discriminatoria, generaron la necesidad de trasladar las prácticas realizadas exclusivamente en hospitales psiquiátricos a intervenciones en la comunidad.

En países como Francia, Inglaterra, Alemania, Italia, España, Canadá y Australia se ha llevado a cabo el proceso de la Reforma Psiquiátrica, terminando así con el antiguo modelo asilar y dando paso a un modelo más integrador, basado en el respeto y el derecho de las personas con enfermedad mental.

3. Aproximaciones para una definición de psiquiatría comunitaria

Hasta hoy no existe claridad absoluta sobre el quehacer de la psiquiatría comunitaria. A lo largo de los estudios realizados sobre el tema nos encontramos con distintas interpretaciones. Algunos autores plantean la necesidad de desarrollar una “elaboración teórica comunitaria” (Madariaga; 2003:15), que permita, a partir de la práctica, sistematizar las experiencias para el desarrollo de un modelo de salud mental comunitaria, con el cual se evitaría la heterogeneidad en las ciudades de un mismo país. Es decir, las diferencias en la aplicación del modelo sólo estarían sujetas a las realidades socio-históricas de cada país.

Se plantea, que para la intervención basada en un modelo de psiquiatría comunitaria es preciso descentralizar los hospitales psiquiátricos y atender a las personas que

padecen enfermedades mentales en su propio territorio, para lo cual el psiquiatra deberá moverse en una red multiprofesional, donde se nutra con conocimientos de otras ciencias.

“... el sujeto enfermo tiene más probabilidades de alcanzar su “normalidad” si vive y es tratado en un ambiente “lo más parecido posible a su hogar natural” ”. (Torres; 2001: 8)

De lo anterior podemos deducir que las intervenciones basadas en este modelo de psiquiatría comunitaria deben realizarse lo más cercanas posible al vivir cotidiano de las personas, se trata de no aislar al sujeto, no institucionalizarlo. El profesional no se quedará en un box, diagnosticando y despachando tratamientos, sino que deberá conocer las redes sociales a las que pertenece la persona, cómo y con quién se relaciona, conocer la dinámica familiar, etc. y además trabajar en conjunto con un equipo multidisciplinario.

Muchos autores convergen en la necesidad de construir teorías y prácticas desde el modelo médico convencional y el biopsicosocial. Lo cierto es que hasta hoy sólo tenemos el desarrollo de lo teórico-práctico que ha ido surgiendo en las experiencias acumuladas. Desde estas experiencias hay quienes definen psiquiatría comunitaria como una:

“Forma de proporcionar cuidados especializados a la población, en el ámbito de las enfermedades psiquiátricas, que pasa por una forma de organización de la asistencia psiquiátrica, que característicamente incluye programas enfocados hacia la promoción de salud mental, prevención y tratamiento de los trastornos mentales y la rehabilitación e incorporación de estos pacientes a la comunidad. (Ibid;5)

La “organización de la asistencia psiquiátrica”, deberá centrar sus bases en el ámbito comunitario, es decir, el campo de acción de la psiquiatría deberá considerar al sujeto en toda su magnitud. Deberá empaparse del “saber popular”: cómo se relaciona la comunidad entre sí y, específicamente, cómo es la relación del sujeto intervenido con el mundo al cual pertenece. Esto lo llevará a reconocer todos los factores que intervienen directa o indirectamente en los procesos psíquicos del paciente.

Los programas que apuntan a una promoción y prevención de la salud mental están obligados a conocer cuáles son los factores de riesgo que hay en la comunidad y cuáles son los recursos con los que cuenta dicha comunidad. Para que esto suceda, indiscutiblemente se deberá introducir en la comunidad, pero no a elaborar un diagnóstico, sino que a escuchar qué tienen que decir los que pertenecen a la comunidad, es decir, deberá trabajar en, para y con la comunidad.

El nuevo modelo apunta a que las intervenciones de las personas con enfermedades mentales se realicen dentro de su hábitat, ya que de ahí se comprendería mejor las causas de la enfermedad mental y así se encontraría el tratamiento adecuado.

3.1. Principios de la psiquiatría comunitaria

Las prácticas que sustentan y dan sentido al modelo de Salud Mental Comunitaria son un proceso históricamente nuevo en el mundo, no data más de treinta y cinco años. Debemos conocer que estas prácticas han sido validadas ya en regiones del mundo con culturas, costumbres, historia y economía muy diversas.

”Debemos reconocer la ausencia de definiciones universalmente aceptadas; más lejos estamos aún del consenso si nuestra aspiración es aglutinar detrás de las propuestas

conceptuales una perspectiva teórica, metódica y metodológica coherente y armónica, es decir, una aproximación modélica desde las ciencias” . (Madariaga; s/d: 10)

Sin embargo, se puede rescatar en la diversidad, principios fundamentales que determinan el accionar desde el modelo comunitario.

Primer principio.

"Necesidad de rescatar los recursos de salud presentes en las personas "

Se refiere a las actividades cotidianas que realizan los seres humanos en salud mental. Las personas al atravesar por una situación de dificultad de carácter afectivo generado a partir de los quiebres en las relaciones interpersonales o en actividades laborales, académicas, entre otras, recurren a personas significativas, sean familiares o amigos y solicitan su ayuda. Este encuentro opera como una forma de autocuidado, en la cual se puede alivianar o empeorar el malestar.

Según Cohen (2001), éste es un ejemplo que da cuenta que en la interacción cotidiana de las personas se genera salud mental sin la necesidad de un especialista, sea psiquiatra o psicólogo.

“Si aceptamos el principio de que todos somos capaces de hacer salud mental, entonces un indígena, un alcohólico en recuperación, un vecino, un maestro o un religioso, pueden incorporarse en la práctica cotidiana a un equipo de salud mental” (Cohen; op.cit: 1)

Este primer principio habla de la importancia que tiene admitir, desde este punto de vista, que no hay un saber más importante que otro. Se trata de reunir la diversidad

de saberes y formas de hacer, poniéndolas en función de los problemas subyacentes de las personas.

En este sentido, la articulación de estos diversos saberes y formas de hacer, producen una fortaleza que permite la construcción de conocimiento para comprender los padecimientos y la construcción de estrategias de abordaje.

Segundo principio.

“La noción de crisis”.

Cohen plantea que la crisis es una “noción propia del género humano, o sea, que todos, desde que nacemos, atravesamos por crisis”. Cuando aparece una crisis en una persona, se refiere a que estaría en juego el orden de los suministros del ser humano, definidos por Cohen como los físicos, afectivos o psicológicos y culturales. La presencia de las crisis puede ser esperada e inesperada y la vida sería un continuo enfrentar y superar las crisis. Es entonces, en el orden de los suministros humanos, donde se debe observar y sobre ellos intervenir.

Las formas clásicas de entender y de intervenir en procesos de crisis (laboratorios, consultorios, entre otros), se presentarían como insuficientes al momento de comprender la crisis. El traslado de los interventores a los contextos cotidianos de los individuos, permitiría una comprensión global de las diferentes situaciones de las personas.

“Si vamos adonde se encuentra esa persona para observar cómo vive, trabaja, estudia, padece y goza en su cotidianidad, se nos facilita la comprensión de su padecimiento y encontraremos los recursos terapéuticos que esa persona necesita en ese momento de crisis” (Ibid: 2).

Un estado de crisis en una persona demanda una serie de procedimientos que requieren de la especificidad de los profesionales de la salud mental, específicamente de psiquiatras, los que decidirán el tipo de medicamentos y los tiempos de interacción. Pero existen otras necesidades de carácter vital y que están relacionadas con la participación en la sociedad de la persona (trabajo, familia, estudios, entre otros), que requieren de una mirada global. El abordaje de estas necesidades demanda atenciones personalizadas concretas, que de alguna forma incorporen la disyuntiva respecto al futuro de la persona una vez que supere la crisis y se vea compensada.

“Podemos ser brillantes psiquiatras, en efecto, atendemos, internamos y damos el psicofármaco de última generación a un adolescente y a los diez días ya está compensado, pero quién se preocupa por lo que va a pasar con este joven cuando atreviese las puertas del hospital, o sea, ¿Dónde va a vivir?, ¿Qué va a comer?, ¿Quién le va a dar la medicina?”. (Ibid: 3)

Por otra parte, está demostrado que la cantidad de psicofármacos que una persona necesita luego de haber atravesado por una crisis profunda e inclusive de haber pasado tiempo de internación en un hospital psiquiátrico, es inversamente proporcional a su grado de inserción y satisfacción en las tareas que realiza, o sea, que si estamos satisfechos y contentos con un trabajo que supimos obtener y sostener, vamos a necesitar mucho menos medicación que si no lo obtenemos.

Tercer principio.

"La dimensión de lo técnico, lo político y lo social".

Con relación al tercer principio planteado por Cohen, los servicios de salud mental obedecen a un proceso técnico, político y social.

En cuanto a lo técnico, los agentes involucrados en la intervención en salud mental con un enfoque comunitario deben repensar sus prácticas y conductas, siendo capaces de extraer lo que tiene valor y descartar aquello que no sirve. Siendo la realidad dinámica y cambiante, es necesario revisar las prácticas de intervención, crear nuevos instrumentos, para responder a los nuevos escenarios. Simultáneamente, es necesaria la actualización de los conocimientos.

En cuanto a la dimensión de lo político, es trascendental que los legisladores y autoridades comprendan la necesidad de una transformación en las miradas interventivas, con el objetivo de aprobar las legislaciones correspondientes. “La justicia debe aceptar y entender que hay que producir nuevas prácticas con respecto a esta problemática”. (Ibid: 4)

La tercera dimensión refiere a lo social, donde la propia familia cumpliría un rol fundamental. Ella debe ser capaz de comprender que no es necesario esconder a su familiar con problemas.

El proceso de desmanicomialización requiere necesariamente de las tres dimensiones señaladas; la técnica, la política y la social. Según el autor, en la medida que una falla, las otras dos no operarían o operarían mal. Sin embargo se atribuye a los técnicos una responsabilidad mayor en el proceso.

“...los técnicos tenemos una responsabilidad, que es iniciar la chispa original del proceso pero luego las tres ...[refiriéndose a

las dimensiones señaladas]... tienen que articularse, interactuar, y caminar juntas". (Cohen; op. cit: 4)

Cuarto principio.

"La necesidad de socializar los conocimientos".

Este principio apunta a la capacitación constante de profesionales, técnicos, voluntarios, policías y la propia familia. Ellos deben contar con herramientas que les permitan reflexionar y actuar en el momento en que se presenta una persona en crisis, entendiendo qué es lo que le pasa en ese instante.

Quinto principio.

"Niveles de complejidad".

Se explica mediante la famosa Pirámide de Goldberg, que tiene una base, donde se encuentra el primer nivel de salud que serían las unidades y los centros de salud, las casas de salud; un nivel intermedio, donde estarían los hospitales generales y finalmente en el vértice, los hospitales de especialidades, donde se incluye el hospital psiquiátrico.

De acuerdo a la estructura de esta Pirámide de Goldberg, hay aspectos puntuales de la salud mental que requieren ser revisados. En el campo de la salud en general, el tercer nivel es el que más inteligencia, recursos, creatividad y más capacidad requiere, es donde está lo básico de la medicina moderna. En el campo de la SMC este nivel se invierte y pasa a ser la comunidad la que requiere los mayores esfuerzos, creatividad, inteligencia, capacidad e inversión de recursos. Es éste el nivel de mayor complejidad desde el punto de vista de la SMC, el lugar donde la persona desarrolla su vida todos los días. Lo mismo vale para el desarrollo de trabajos de investigación, los que deben ser realizados en la comunidad.

Sexto principio.

"Necesidad de transformar nuestras propias mentes".

En este principio el autor se refiere a la necesidad de modificar las propias actitudes y conductas que se reflejan a diario en los servicios de salud.

El desarrollo de estos principios se realiza en forma de aspectos separados, pero cada idea tiene que ver con la otra y todas hacen parte de una idea común.

Puntualmente, la complejidad de este proceso de cambio tiene que ver, entre otros aspectos, con la necesidad de revertir cuestiones muy profundas que están presentes en cada uno de nosotros, más allá de que tengamos o no un título o diploma universitario. Por ejemplo, si en la sala de un hospital general, la conducta de un médico es autoritaria con una enfermera o una enfermera maltrata a un auxiliar de enfermería, esta situación de autoritarismo es una situación manicomial. No se necesitan muros, electroshock, ni rejas para producir una situación de autoritarismo. Esto marca entonces lo complejas que son las transformaciones que propone el modelo de atención comunitaria.

3.2. Modelos de intervención de psiquiatría comunitaria

El proceso de reforma no ha dado los mismos resultados en todos los países. Existen alrededor de seis modelos de intervención, cada uno con diferentes aplicaciones y objetivos, pero que sin lugar a dudas, buscan mejorar y cambiar el modelo tradicional. Los aspectos más categóricos en los distintos modelos, se encuentran en el trabajo individual o en equipo y en la asignación de pacientes por cada profesional. Al respecto, algunos autores, como Mariano Hernández Monsalve (año 2004) aseguran que lo más eficaz es la proporción 1:10 profesional por paciente, el seguimiento en los tratamientos y el grado de responsabilidad que se asume o que se deriva a otros servicios externos.

Al respecto, Hernández, M. (Ibid) realiza un esquema con las distintas dimensiones de cada modelo, quedando una tabla de la siguiente manera:

RASGOS DIFERENCIALES DE MODELOS DE CUIDADOS COMUNITARIOS

Característica	Corretaje	CM Clínico	Fortalezas	Rehabilitación	TCA	CM Intensivo
Proporción prof:paciente	1:50	1:30 +	1:20-30	1:20-30	1:10	1:10
Seguimiento activo	Bajo	Bajo	Moderado	Moderado	Alto	Alto
Casos compartidos	No	No	No	No	Sí	No
Cobertura 24 horas	No	No	No	No	Frecuente	Frecuente
Énfasis en entrenamiento en habilidades	No	Bajo	Moderado	Alto	Moderado	Moderado
Frecuencia de contacto con pacientes	Baja	Moderada	Moderada	Moderada	Alta	Alta
Lugar de contacto	Clínica	Clínica	Comunidad	Clinica/comunidad	Comunidad	Comunidad
Integración de tratamiento	Baja	Moderada	Moderada	Moderada	Alta	Alta
Provisión directa de servicios	Baja	Moderada	Moderada	Moderada	Alta	Alta
Población diaria	PMG	PMG	PMG	PMG	PMG hiperfrecuentadores	

Fuente: (Ibid: 137)

Como se puede ver, los modelos más parecidos en sus intervenciones son el programa de case management (gestor de caso) y el TCA (tratamiento comunitario asertivo), siendo el segundo, según el autor y las experiencias investigadas, el más efectivo en dar una atención comunitaria integral y duradera a los enfermos mentales y a sus familias, otorgándoles una mayor calidad de vida, una inserción

real (dentro de sus posibilidades) al ámbito social y laboral, pudiendo dejar atrás el sentimiento de abandono y discriminación que sufren por parte de la sociedad.

3.2.1. Fortalezas de los modelos

En los análisis de los resultados sobre el impacto de los programas realizados en la comunidad, se puede establecer que los pacientes que han sido atendidos bajo el programa de tratamiento intensivo (TCA o CMI) presentan una reducción considerable de días en el hospital, lo cual se traduce en mayor tiempo en el domicilio, ya sea con sus familias o en hogares protegidos. También se logra que el paciente tenga mayor autonomía. Al parecer, los usuarios y sus familiares reconocen una satisfacción al ser atendidos en los dispositivos con los que cuenta la comunidad. Además de los beneficios antes descritos, el tener más tiempo en el domicilio les permite optar en mejores condiciones a una ocupación laboral, por lo que su nivel de ingreso aumentado les brinda una mayor independencia económica. Y, sin lugar a dudas, aún cuando no sea el objetivo principal, la reducción de los síntomas es significativa y en ningún caso ha sido peor que con el tratamiento tradicional. Además, la adherencia al tratamiento es mucho mayor, ya que existe una mayor responsabilidad por parte de los profesionales o el profesional a cargo del caso, producto de un seguimiento prolongado en el tiempo. Otro punto a destacar es la propuesta de los programas de elaborar intervenciones individualizadas para cada sub-grupo de pacientes (por ejemplo: las personas sin red de apoyo familiar, que viven en albergues o en el hospital; los psicóticos que además tienen dependencia o abuso de drogas; los que padecen esquizofrenia). Los programas de seguimiento intensivo han sido aplicados con buenos resultados. El propósito de este trabajo es la colaboración y potenciación de las intervenciones comunitarias con las intervenciones estrictamente clínicas.

Los programas de “case management”, donde es un profesional quien coordina la administración de los servicios que realizan las intervenciones, dependen de la

accesibilidad y la calidad de los servicios con los que opera y del grado de fraccionamiento que tienen los equipos y agencias que debe coordinar.

De los otros modelos existentes no se registran estudios o investigaciones que den cuenta del impacto que producen sus intervenciones, pero se puede deducir, considerando sus estrategias de intervención, que el impacto en la población usuaria se aleja del logrado con los modelos antes descritos.

Lo que hay que tener presente en la aplicación de cualquiera de los programas, y así lo plantea el autor antes referido, es:

“El que se asegure la continuidad e integralidad de los cuidados parece ser un ingrediente esencial; al igual que el trabajar “in vivo” y sobre el terreno. Otros aspectos sobre cuya importancia se ha insistido es la consistencia de la alianza terapéutica y los efectos de la intervención sobre la red social de los pacientes.” (Hernández; 2004; 3)

Si consideramos lo que nos dice el autor sobre la importancia de la continuidad y la integración que deben tener las intervenciones, podemos decir que estamos en la etapa de partida. Y si a eso le agregamos que además considera que el trabajo debe ser basado en la comunidad, donde no se desvinculen las personas de su entorno familiar, social y laboral, podemos agregar que aún no están los dispositivos disponibles para atender el total de la población que lo requiere. Este es uno de los factores relevantes asociado a las limitaciones de la puesta en marcha de la reforma psiquiátrica: dispositivos comunitarios v/s demandas de usuarios. Cuando se ha producido la desinstitucionalización, las demandas ya no son atendidas en los hospitales psiquiátricos, como comúnmente se resolvía, sino que los problemas se trasladan a la comunidad. Es un punto a tener en cuenta y muy relevante para lograr una mejor calidad de vida para los usuarios de los dispositivos de atención en salud

mental y sus familiares (objetivo principal en la reforma) asegurar que éstos no tengan una carga mayor a la que ya tienen, sin tener el apoyo que requieren. No se trata de mayor financiamiento, pero sin lugar a dudas, debe haber un traslado de recursos materiales y humanos, que muchas veces en la práctica no se realiza. Las experiencias recogidas e investigadas hasta el momento, pueden dar cuenta que en la aplicación de un modelo basado en la comunidad, no genera ahorro, ni tampoco mayor inversión, sino que más bien se trata de un mayor costo/efectividad.

3.2.2. Obstáculos en la aplicación de los modelos de intervención

Los modelos no han sido aplicados con gran éxito, por lo que se necesita del apoyo de todas las personas involucradas, para que la reforma psiquiátrica se haga realidad. Se ha constatado en los estudios realizados en países donde la reforma fue instaurada hace algunos años dentro de su política de salud, que existe preferencia en centrar la atención en enfermos menos graves, los cuales son mucho más demandantes, pero más gratificantes, quedando muchas veces fuera de los programas y poco considerados los pacientes más graves, con los cuales se logran menos éxitos.

A esto se suma la negación de algunos profesionales a aplicar un modelo basado en la comunidad, por no querer dejar su “reinado” para integrarse y confluir su conocimiento con otros profesionales y el saber popular. Aunque existen muchos profesionales que apuestan a un cambio en la intervención psiquiátrica, nos encontramos con el problema de rotación de personal. La inestabilidad de los cargos, en el amplio sistema de salud, es otra gran limitación para la aplicación de la continuidad de los tratamientos. De ahí la necesidad de contar con un equipo multidisciplinario, el cual, según algunos autores, no debe tener menos de dos años, para estar bien cohesionado, además de una red de salud mental coordinada. También se necesitan políticas para el sistema de atención en salud que garanticen y apoyen la elaboración de propuestas innovadoras basadas en el derecho de las personas.

Otro aspecto importante, y así lo subraya el autor antes citado, es acerca de los efectos que tiene la intervención sobre la red social de los pacientes. Se ha evaluado escasamente la relación interpersonal entre los usuarios de los programas y los profesionales a cargo. Esta “alianza terapéutica” como la denomina Hernández (op.cit), parece ser que comienza a tomar gran significado a la hora de la evaluación final. Y afirma que algunos autores consideran necesaria dicha alianza para la ejecución del tratamiento, pero ella no constituye por sí sola un factor de cambio, mientras que otros autores han demostrado la relación entre la calidad de la alianza terapéutica y los resultados del programa realizado.

Lo que no podemos poner en duda es la necesidad de ir describiendo las prácticas realizadas, las cuales no deberían tener otro objetivo que acompañar a la persona en su medio de vida, ayudarla con herramientas para enfrentar las dificultades que se le presentan a diario, mostrarle que sólo con una participación activa se puede superar las barreras internas y externas, las cuales no le permiten acudir y utilizar los recursos necesarios para su integración real en la sociedad.

3.3. La atención integral en la comunidad a las personas con trastornos mentales

El nuevo modelo de salud mental y psiquiatría es su propuesta renovadora, pretende ser un modelo sobre todo integral, es decir, que las atenciones no sólo se desarrollen en el box, sino que, y en mayor grado, en la comunidad, en el mismo territorio donde habita el paciente y su familia, sus amigos. Además la atención no sólo abordara la problemática de la sintomatología sino que al conjunto de la persona, para debe incluir a las familias y a la comunidad

3.3.1. Problemas y necesidades

Las personas que sufren enfermedades mentales graves o crónicas presentan problemas muy complejos que no se reducen sólo a la sintomatología psicopatológica, sino que afectan otros aspectos de su vida cotidiana, como lo es el buen funcionamiento psicosocial y su inserción en la comunidad.

No se debe olvidar que aunque las personas con enfermedades mentales comparten características en común, no puede ser considerada sólo la sintomatología de la enfermedad, ya que ésta es ocasionada por una multiplicidad de causas. Cada individuo tiene una realidad distinta, que lo hace ser diferente y necesitar un tratamiento especializado.

Entre las características comunes que se puede encontrar en pacientes con enfermedad mental está el grado de vulnerabilidad que tienen frente al estrés, la que se traduce en la dificultad para abordar las demandas de la sociedad. Otro aspecto en común es la pérdida de la capacidad de desarrollarse autónomamente. Muchas veces sólo encuentran apoyo en sus familiares, encontrándose desvinculado de las redes sociales y laborales, lo que genera en el corto tiempo una dependencia de los servicios sociales y/o sanitarios y un claro obstáculo para aspirar a una plena integración social.

Los problemas y necesidades de las personas con trastornos mentales son múltiples y variados, comparten necesidades y problemas comunes, pero al mismo tiempo tienen necesidades y dificultades específicas desde lo psiquiátrico hasta lo psicosocial. Entre éstas se pueden destacar:

3.3.2. Atención y tratamiento

Los pacientes con trastornos mentales necesitan de un adecuado diagnóstico y tratamiento que permita controlar su sintomatología psicopatológica y crear medidas de prevención, evitando recaídas y posible retraso en el tratamiento.

Atención en crisis

No es poco común que, aún cuando una persona con trastorno mental esté siendo atendida con un tratamiento psiquiátrico adecuado, presente recaídas. La atención en crisis se traduce en la mayoría de los casos en la hospitalización por un corto período en un hospital psiquiátrico; ésta, según algunos especialistas, se hace necesaria para la estabilización psicopatológica y para alcanzar el nivel de funcionamiento que se tenía antes de la crisis.

Rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social

Como se decía anteriormente, muchas de las personas que padecen trastornos mentales pierden completamente su autonomía y la posibilidad de una reintegración a la sociedad se ve cada vez más lejos, aún cuando el tratamiento farmacológico y el psiquiátrico tengan una buena aceptación en el sujeto. Es por ello que se necesita de programas de rehabilitación psicosocial que les permitan recuperar las habilidades y destrezas para incorporarse en la sociedad y en su entorno familiar.

Rehabilitación laboral y apoyo a la integración en el mundo del trabajo

La situación laboral es fundamental en la vida de cualquier persona, ya que allí se establecen los grados de autonomía, independencia y posición en la sociedad. Sin embargo, las personas que más necesitan recuperar su autonomía, se encuentran excluidas del mundo laboral y muchas veces tienen dificultades para mantenerse en puestos de trabajo competitivos y dignos. Es por ello que se hace necesario elaborar programas que consideren como uno de los objetivos la reinserción de las personas

con trastornos mentales a puestos de trabajo que les sean gratificantes y les permitan optar a una calidad de vida mucho mejor. El sistema capitalista no permite la entrada a estas personas, es por eso que es necesario crear acciones y medidas que resguarden los derechos y potencien la incorporación a puestos de trabajo.

Alojamiento y atención residencial comunitaria

Muchas de las personas con trastornos mentales no tienen red de apoyo familiar y la dificultad en el acceso a residencias favorece las situaciones de riesgo y marginación. Es necesario disponer de dispositivos de vivienda, como los hogares protegidos, donde las personas tengan los cuidados apropiados y la supervisión necesaria para la continuidad de su tratamiento, permitiendo su incorporación a la comunidad en mejores condiciones y brindándoles una mejor calidad de vida. La cobertura de dispositivos fuera de los centros hospitalarios es fundamental para evitar que las personas sufran el síndrome de “puerta giratoria”, aumentando el número de hospitalizaciones, utilizando los recursos hospitalarios innecesariamente, lo cual no permite que el paciente se desinstitucionalice, además de otorgarle una recarga significativa a los familiares.

Apoyo económico

El grueso de las personas que presentan una enfermedad mental tiene una escasa oportunidad de trabajar, no cuentan con una fuente de ingreso que les permita tener una mínima autosuficiencia económica, o se les hace cada vez más difícil mantener el puesto laboral. Es necesario garantizar, entonces, la cobertura de sus necesidades económicas mínimas cuando no tienen otros ingresos y tampoco sus familias pueden ayudarlos; es necesario evitar carencias mínimas para ayudar en la autonomía de las personas a fin de que puedan, más dignamente, relacionarse con la sociedad. Existen sistemas de apoyo estatal, como lo son las pensiones por invalidez

3.4. Participación comunitaria

Las características de una comunidad pasan a ser un componente importante en la aplicación del nuevo modelo de psiquiatría. Cuando se habla de comunidad, no sólo se hace referencia a un grupo de personas, sino que a la comunidad como grupo organizado, demandante y empoderado. La comunidad es considerada parte fundamental para el éxito en la aplicación del modelo comunitario. Esta debe estar conciente de constituir una agrupación con intereses comunes, que reflexiona y se preocupa por los problemas que tiene la población. La comunidad debe ser un espacio donde se expresen aspiraciones y necesidades y, por sobre todo, donde se participe activamente en la solución de los problemas. En el área de salud, específicamente, se trata de que la comunidad sea un ente activo en la resolución de sus problemas, y que en los servicios de salud, a través de los programas de salud, puedan exigir que estos programas sean planificados sobre la base de los problemas y necesidades sentidas por cada comunidad.

Es así como la comunidad es condicionante para desarrollar un modelo comunitario. El Estado, y más precisamente, las políticas de salud deberán ser quienes garanticen su desarrollo y ejecución. Se debe propiciar la participación de la comunidad, crear instancias donde se logren exponer las necesidades e intereses de la comunidad, la participación en las políticas que intervienen en su vida cotidiana. Es decir, los equipos de salud mental comunitaria no sólo tendrán que salir de los hospitales, sino también deberán preparar a la población para que tenga capacidad y acceso para involucrarse en las políticas que afectan su vida.

Es necesario entonces, para aplicar el modelo, de la consistencia de una comunidad participativa. En la conferencia dictada por la Organización Mundial de la Salud en el año 2001, en la cual el lema fue “sí a la atención, no a la exclusión”, una de las recomendaciones que se hizo a los países, fue el de integrar a las comunidades, las familias y los usuarios en la formulación y participación en la toma de decisiones

sobre las políticas, los programas y los servicios, queriendo con ello propiciar una atención acorde con sus necesidades.

También fue punto importante el educar a la población y sensibilizar respecto a la salud mental, del estigma y discriminación que con ella se asocia. Se trata del punto de partida para que las comunidades puedan participar en la toma de decisiones respecto a las políticas y los programas que en muchos de sus familiares y de la población entera, serán el punto decidor para optar a una mejor calidad de vida.

Es aquí donde cobran gran importancia las organizaciones como la CORFAUSAM (Coordinadora Nacional de Agrupaciones de Familiares y Usuarios de Personas con Atención de Salud Mental), organizaciones sociales, las universidades, y los distintos dispositivos donde la comunidad se puede organizar.

Es preciso que la comunidad ponga en acción su saber popular y se convierta en sujeto activo poniendo en práctica la experiencia acumulada. Aún se está muy lejos de lograr la participación así entendida, sin embargo, el objetivo que están desarrollando las organizaciones de familiares y usuarios va en ese camino y ellas buscan su espacio para participar. La corporación CORFAUSAM, en 1999, por primera vez fue invitada por la Unidad de Salud Mental, a participar en un seminario nacional en donde se discutió y planificó el Plan Nacional de Salud Mental, que hoy guía las prácticas realizadas por los equipos de salud mental.

Entendiendo que la participación comunitaria se da bajo dos dinámicas, dependientes una de la otra: capacidad y oportunidad de participar, la participación comunitaria exigiría, entonces, un trabajo en un lugar determinado, en el cual se dieran las bases para que los habitantes expongan sus necesidades. Se necesita desarrollar la capacitación de la población para hacer frente a sus problemas de salud. El trabajo de salud mental en la comunidad, es algo más que el cambio de técnicas, implica una planificación de las políticas de salud pública, basada en el modelo comunitario; en el respeto y derechos de las personas; de un cambio en el

quehacer cotidiano de las distintas personas que trabajan en el área de salud mental y también un cambio en la mirada que tiene la misma comunidad sobre la enfermedad. La responsabilidad de la sanidad pública no es sólo el tratamiento a la enfermedad, sino hacerse cargo del cuidado y prevención sanitario de la población, de las demandas y de las respuestas de los servicios. Ya no sólo se trata al enfermo, sino que a toda la población. Lo cual exige de un accionar en conjunto: persona enferma, comunidad, equipo de salud mental

3.5. Los profesionales de la rehabilitación

Uno de los ingredientes fundamentales en la aplicación y en el logro del objetivo del nuevo modelo de salud mental, lo conforman los equipos de profesionales de psiquiatría y salud mental. Es por ello que algunos eruditos en el tema, han dedicado gran atención y preocupación en la conformación de los grupos multidisciplinarios en el área de salud mental. Desde médicos psiquiatras hasta los administrativos que trabajan en el área, se puede encontrar oposición a la reforma psiquiátrica, ya sea por un carácter de tipo ideológico- político o institucional. Por este motivo, en todos los países en que se ha llevado a cabo la reforma, se ha necesitado de la participación activa de todos los afectados (trabajadores de la salud, científicos, estudiantes universitarios, los gremios de la salud, los grupos de base, las organizaciones políticas, sindicales, gremiales y comunitarias, las entidades científicas y académicas, las autoridades de Estado, etc.). Lo cierto es que se necesita de un grupo conformado de profesionales que sobreviva a las adversidades que significa aplicar una nueva forma de intervenir en salud mental. Algunos autores escriben que en estos equipos de trabajo se debe generar elementos mediadores y procesos específicos que reconozcan los aspectos del fenómeno que son propiamente sociales y que explotan en el organismo humano. En la conformación o complementación de ambos saberes, el desafío es el siguiente:

“En este diálogo entre las ciencias médico-biológicas y las ciencias sociales lo realmente nuevo es el desafío que tienen ambos campos del conocimiento en orden a proveer un nivel superior del saber en el espacio disciplinar de la salud mental y la psiquiatría, integrado e integrador, que a su vez respete y valide sus perspectivas epistemes, pero que en última instancia sea capaz de crear nuevas interpretaciones y nuevos relatos en torno del psiquismo y sus perturbaciones. Esta es la esencia del viraje que se proponen la salud mental y la psiquiatría comunitarias para el tiempo presente”. (Madariaga;op.cit.: 4)

Es decir que la tarea no es fácil, y que recae en el equipo de trabajo un alto grado de responsabilidad acerca de cómo interpretarán las problemáticas que suceden en el campo de la salud mental, para luego en conjunto proponer alternativas nuevas y viables de intervención. Se trata, entonces, de hacer teoría sobre la práctica para luego intervenir. La cohesión del conocimiento de las ciencias médicas y las ciencias sociales, deberá ser los insumos para el producto con el cual se abordará la nueva realidad en el campo de la salud mental. Incorporar el conocimiento de las ciencias sociales se hace hoy indispensable, ya que, advierte el autor, no se trata sólo de interpretar la realidad, sino que de transformarla. Es así como para los trabajadores en salud mental su campo de intervención ya no sólo será la rehabilitación del sujeto, sino que además tendrá la tarea de generar condiciones materiales y humanas para mejorar la calidad de vida de las personas tratadas; deberá reivindicarlos en su rol activo como protagonistas del cambio de sus condiciones de vida. Para esto se deberá contar con equipos con una visión amplia y, por supuesto, con el apoyo de todas las instituciones que trabajan en el área de la salud.

El hacer teoría de las prácticas para luego teorizar en el tema, no es cuestión sencilla, ya que se debe ser impermeable a los cambios que se generen, pues la realidad no es plana, ni tampoco estática. El equipo de trabajadores deberá tener la

capacidad para adecuarse a dichos cambios: ser hábiles, creativos, reflexivos, pretendiendo con su teoría brindada de la práctica, generar metodología y técnica de intervención para enfrentar los desafíos con los que se encuentra el sujeto en este nuevo sistema en el cual se vive.

En la búsqueda de la formación y conformación de los equipos de trabajo en salud mental se han propuesto algunas orientaciones que sirven como guía para identificar las cualidades y requisitos de estos nuevos trabajadores en el área de la salud mental.

Se propone que el equipo integre la visión biopsicosocial, reconociendo la multicausalidad como responsable y como metodología para las estrategias de intervención; el área de intervención deberá considerar los ámbitos promocionales, preventivos, terapéuticos y de rehabilitación de las enfermedades mentales; se deberá realizar una integración en el conocimiento entre el saber popular y el saber científico; el equipo deberá basar su accionar en la defensa de los derechos humanos de todas las personas, contribuyendo a que la sociedad en su conjunto tenga respeto y promueva los valores humanitarios. El equipo no sólo tendrá la responsabilidad de la mejoría clínica de cada sujeto, sino también de la calidad de vida y bienestar de toda la población.

La intervención del equipo parte desde el diagnóstico y tratamiento hasta la rehabilitación y reinserción social plena del sujeto a la sociedad; la metodología del equipo de trabajo es trabajar bajo los conceptos de interdisciplinariedad, horizontalidad y elaboración colectiva de diagnósticos e intervenciones; deberán promover y apoyar la participación de la comunidad organizada, para las reales prácticas democráticas entre todos los actores; el criterio de intersectorialidad deberá ser aplicado al diseñar las estrategias de intervención, buscando soluciones integrales para las personas que lo requieran, estimulando las capacidades resilientes de la comunidad, las responsabilidades sociales del Estado a través de sus políticas

públicas; el equipo deberá empaparse de los modos de vida de las personas, con sus patrones culturales, conocer sus condiciones materiales y su perfil psicosocial.

El proceso de cambio de los equipos se debe basar en el desarrollo de la capacidad para trabajar desde dentro del contexto social de las personas que padecen enfermedades mentales. El trabajo debe realizarse con la comunidad, bajo una relación horizontal, donde junto a las personas se elaboren las estrategias de intervención, con roles claros e integrados, superando la exclusión y facilitando la participación real de los actores involucrados.

4. Historia de la Antipsiquiatría

En la década del 30, varios procedimientos que se usaban ampliamente en psiquiatría como por ejemplo el electroshock o la lobotomía, comenzaron a ser puntos de oposición basados en cuestionamientos morales, efectos adversos o simplemente mal uso. En los años cincuenta nuevas drogas aparecen en el tratamiento psiquiátrico, especialmente para la esquizofrenia, los antipsicóticos como la clorpromazina reemplazando los antiguos tratamientos controversiales, aunque no fueron erradicados del todo (aún existen personas que son tratadas con electroshock en nuestro país). Los antipsicóticos fueron aceptados como un avance en el tratamiento de las personas con problemas mentales, sin embargo, investigaciones que se han hecho, concluyen que estos medicamentos también causan efectos negativos en las personas que los consumen. A estos acontecimientos se sumaba también la oposición a la internación de personas con trastornos mentales a los hospitales psiquiátricos, queriendo de alguna forma devolverlos a la comunidad, hecho que fracasaba, debido a la falta de soporte comunitario y de políticas que lo sustentaran.

Es así como nace un nuevo término en los años sesenta, se trata de la antipsiquiatría, cuyo responsable, creador y principal representante de esta corriente es David

Cooper, quien en 1962 creó el célebre Pabellón 21, en el interior de un hospital psiquiátrico de la periferia de Londres. Como todos los forjadores de la antipsiquiatría, él veía en la locura, y sobre todo en la esquizofrenia, no una enfermedad mental, sino, una "experiencia", un "viaje", suponía que la persona volvía a un estado arcaico (momento en el cual, la persona se encontraba con conductas "anormales" o no aceptadas por la sociedad) y luego ascendía a la vida presente. Otro forjador de la antipsiquiatría es Ronald Laing, quien reflexionaba que la esquizofrenia era producto de una lesión en el yo interno provocada por padres muy indiscretos psicológicamente. El psiquiatra Thomas Szasz (<http://es.wikipedia.org/wiki/Antipsiquiatr%C3%ADa>) proponía que la "enfermedad mental es una combinación incoherente de conceptos médicos y psicológicos, aunque popular debido a que legitimiza el uso de fuerza psiquiátrica para controlar y limitar el desvío de las normas sociales". Otros como Michel Foucault y Erving Goffman (<http://es.wikipedia.org/wiki/Antipsiquiatr%C3%ADa>), criticaron el poder y el rol de la psiquiatría en la sociedad, la estigmatización y el etiquetamiento que generaban en las personas con trastornos mentales.

De todos estos planteamientos nace un movimiento llamado antipsiquiátrico, el cual estuvo específicamente encargado de denunciar las prácticas vistas como maltrato psiquiátrico, la supuesta relación que existía entre el comercio farmacéutico y las investigaciones que se hacían de las prácticas psiquiátricas, la cual no estaba clara y tampoco se justificaba su influencia. Se cuestionaba el uso y mal uso de los diagnósticos o clasificaciones según el "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales" que publica la Asociación Psiquiátrica Americana. A esta fecha, hasta la homosexualidad era clasificada como enfermedad mental, por lo que el movimiento tuvo gran apoyo de los activistas homosexuales, así como también se unieron los que luchaban por los derechos humanos y las personas con discapacidad. Con esta fuerza nace el movimiento antipsiquiátrico, el cual critica el término "enfermedad mental", por no considerar el trastorno como una enfermedad. Consideran que el estudio de las conductas psicóticas debería ser un estudio de situaciones y no sólo un estudio de individuos y plantean que la supuesta

irracionalidad del comportamiento de una persona cobra mayor transparencia y sentido, si se conoce el contexto social en el que se desarrolla el individuo. Estas y otras ideas centrales llevaron a que se idearan esquemas para combatir el estigma y la discriminación de los usuarios de la salud mental, sin embargo, quienes apoyaron activa y abiertamente esta moción, fueron marginados.

5. Desinstitucionalización

El concepto desinstitucionalización hoy cobra gran importancia. En todos los países en que se ha hecho algún tipo de transformación en la atención psiquiátrica, no se ha pasado por alto el tema. Ya en los años 60 y 70 se discutía sobre la institución psiquiátrica, críticas que se hacían de diversas posiciones, coincidiendo todos en la necesidad de cambiar el sistema que tenía como centro de atención los hospitales psiquiátricos, por un sistema donde la comunidad tuviera diversas alternativas asistenciales, un modelo comunitario.

En general, la mayor crítica que se hace al proceso de desinstitucionalización, es la reducción de camas de los hospitales psiquiátricos, sin nuevas alternativas de tratamiento o apoyo social. En nuestro país, basta con revisar las listas de espera que tienen los hospitales generales, situación que debe ser corregida para que las personas que requieren de una hospitalización por un corto periodo no queden en el desamparo. Muchas veces en estas transformaciones se produce un desajuste entre la desinstitucionalización y la creación de nuevos sistemas alternativos. Es por ello que los hospitales psiquiátricos siguen siendo ejes fundamentales en la atención.

Para aplicar un modelo comunitario como alternativa al modelo hospitalario se necesita, además, una participación social activa en el proceso de transformación. Es decir, el cambio de un sistema al otro debe considerar no sólo el apoyo familiar, sino que también cuál es la resistencia y tolerancia que se encuentra en la comunidad en

la que el sujeto se relaciona, cuál es la riqueza de la red social en la que se halla inserto.

“El principal obstáculo y mayor amenaza para una adecuada calidad de vida de las personas con trastornos psiquiátricos severos es la carencia de redes de apoyo social.” (Cuaderno Medicina Social; 2005: 285)

Pero no basta con crear redes de apoyo social, ya que la noción de institucionalización está compuesta también por reglas, valores y elementos ideológicos existentes en la comunidad, es decir, abarca todo un sistema, que engloba normas, conductas y roles sociales.

Los hospitales psiquiátricos se encargan de todas las necesidades de los residentes, y reglamentan con los procedimientos, las etapas de vida de los internos, por lo que es imposible hacer valer su derecho a la intimidad y a una convivencia saludable. Así lo demuestra un diagnóstico participativo realizado en el año 1998 a 38 pacientes del Hospital Psiquiátrico “El Peral “ que contaban con red social:

- Falta de libertad
- Experiencias de maltrato físico y verbal
- Estigmatización
- Experiencias de abuso de poder
- Falta de personal
- Pérdida de lazos afectivos
- Problemas generados por la convivencia con gran cantidad de personas con hábitos, valores y costumbres distintas.

Todas las instituciones, aunque no parezca ser así, ejercen control. Esta es una propiedad inherente a la institucionalización, por lo que es necesario conocer la institución, cuál es su historia y en que contexto fue creada.

La institucionalización como un proceso activo que el sujeto establece en un contexto concreto para sobrevivir y como una forma de soportar la frustración que produce la vida en esos lugares, lo que le obliga a adoptar “un falso self”, “un self institucionalizado.”(Garcia; 1998: 66)

De lo que se puede desprende que la desinstitucionalización no puede ser entendida como una tarea acabada. Las personas que están dentro constantemente desarrollan relaciones de dependencia, por lo que la autonomía es un proceso lento que sin la colaboración de los que lideran las instituciones, sería una lucha perdida. Entonces podemos decir que la desinstitucionalización, es un proceso de reposición y valoración, en donde se cimientan nuevas opciones de espacios para la atención, con un nuevo trato y nuevos modelos de interacción.

6. Procesos de la Reforma Psiquiátrica en Chile

La reforma psiquiátrica se inicia en nuestro país a partir del año 1950 en la Universidad de Chile, con el Instituto de Investigaciones sobre alcoholismo. En 1952 se crea el primer servicio de psiquiatría en el hospital general José Joaquín Aguirre, de la Universidad de Chile. Paralelamente, en la ciudad de Temuco, otra experiencia de psiquiatría comunitaria se desarrolla exitosamente. En el año 1957, El Servicio Nacional de Salud da curso al programa de control y prevención del alcoholismo en los hospitales generales junto a la educación escolar (programa de privación sensorial, con lo que fue educación en jardines infantiles populares) y participación comunitaria. En el año 1966 este programa se amplía al resto de los trastornos mentales y en el año 68, en el área sur de Santiago, se comienza a formar los clubes de abstemios, los cuales eran tratados desde el policlínico “Santa Anselma”. (Marconi; 2001)

El período de la dictadura militar trajo consigo la inestabilidad y la nula posibilidad de que este modelo siguiera su curso. En el año 1978 se hizo una evaluación y se constató que de los líderes que se habían formado en el trabajo comunitario, muy pocos seguían activos y también se habían reducido los clubes de abstemios. Aunque eran tiempos difíciles para desarrollar prácticas comunitarias, en el mismo año se realizó una consulta externa del servicio de psiquiatría en el Hospital Barros Luco, la cual dio origen al programa integral de psicosis para tratar esquizofrenia (se trataba de formar una coterapeuta dentro de la casa, algún pariente del enfermo, que se preocupara de sus medicamentos, de guiarlo, etc., de esta forma se aplicaba una estructura de delegación). Finalmente este programa fue transportado al “Open Door”, donde se empleó el sistema de delegación de funciones en la comunidad del hospital, se hizo rehabilitación masiva con terapia conductual, pero la dictadura no tardó en dar por terminado el trabajo. Otra experiencia de este modelo vivido en dictadura es el de la comuna de Estación Central en la población “Los Nogales” y en otras poblaciones como “Santa Julia”. Más antecedentes sobre experiencia de psiquiatría comunitaria no se registran hasta los años noventa.

Recién en los inicios de la transición política a la democracia se reactivan, aunque muy limitadamente, intervenciones a partir de experiencias locales. El Ministerio de Salud, a través de la Unidad de Salud Mental, incitó a los equipos de salud de Centros de Adolescencia y Drogas y a Organizaciones No Gubernamentales a sistematizar la experiencia que se tiene en el ámbito de la prevención en salud mental y a difundirla en los sectores de alto riesgo.

A fines del año 1990 se crea el “Proyecto de Red de Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar”, el cual tiene como objetivo reorientar la mirada de los centros de adolescencia y drogas hacia un modelo psicosocial. Aun cuando las experiencias del proyecto han sido heterogéneas, ha servido como base para que Chile disponga de modelos de intervención psicosocial, como también han aportado a formar técnicos y profesionales con una mirada más integradora, basada en la experiencia comunitaria.

También es en esta década cuando la Atención Primaria en Chile se orienta en un Modelo de Salud Familiar y Comunitario, que tiene la característica de ser más resolutivo, integral y por sobre todo tener un fuerte desarrollo en el ámbito psicosocial, en salud mental y en trabajo comunitario.

Es así como en el ámbito ministerial se producen propuestas modernizantes, las que culminan en un plan en el año 1993. Esta nueva propuesta lleva consigo un modelo integral de salud que prevee acciones que promuevan y faciliten la atención eficiente, eficaz y oportuna a las personas, considerándolas en su integridad física y mental, como seres sociales y sujetos con realidades económicas, sociales y culturales muy diversas.

Con el nuevo modelo se busca una mejor calidad de vida para los usuarios de salud mental, las familias y la comunidad, con claro acento en la prevención de las enfermedades mentales, así como la promoción de la salud.

En este contexto se establecen los lineamientos para el nuevo plan y políticas de salud mental para el año 2000, el cual recoge las experiencias desarrolladas en nuestro país, para plantear un modelo de atención que considere el cuidado de las personas con enfermedad mental en la comunidad.

Para ello se cuenta con información suficiente acerca de la elevada prevalencia en enfermedades mentales y sus factores de riesgo asociados; con técnicos y profesionales con experiencia en el ámbito comunitario y con la convicción de trabajar con las personas en la prevención de las enfermedades y promoción de la salud; la organización de los usuarios y familiares de salud mental y por sobre todo con el consenso político de parte de los sectores sociales sobre la necesidad de actuar sobre los desafíos que el sistema neoliberal ha introducido en la construcción de la subjetividad en nuestro país, en el proceso salud-enfermedad mental, en los procesos psicosociales, en las condiciones y calidad de vida de los ciudadanos, etc.

De lo anterior se desprende que en nuestro país se han creado, en los últimos años, instancias que otorgan atención y alternativas de rehabilitación y reinserción en la comunidad a personas con trastornos psiquiátricos severos, como también a personas con depresión, consumo de drogas y alcohol, trastornos de la atención, entre otros.

Todos estos procesos que se han desarrollado concuerdan con lo planteado por la OMS en su informe sobre la Salud en el Mundo del año 2001, en cuanto a prestar asistencia en la comunidad. En el informe se establece la importancia y los mejores efectos que tiene la atención comunitaria, el mejor pronóstico y la mejor calidad de vida de las personas con enfermedades mentales, ya que la atención comunitaria tiene la ventaja de intervenir a tiempo y evitar la desconexión de las redes sociales y familiares, importantes para el desenvolvimiento y autonomía de las personas con enfermedades mentales. Además de otorgar tratamiento y atención integral a nivel local, accesible para los pacientes y sus familias.

II PARTE
MARCO REFERENCIAL

CAPITULO II

PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA

Para contribuir al desarrollo del Plan de Salud Mental y Psiquiatría, el Ministerio de Salud ha considerado como una estrategia relevante el establecimiento de un “Área de Demostración” y también algunos “Polos de Desarrollo Acelerado”.

Mediante un concurso Nacional, se eligió el año 2000 al Servicio de Salud Metropolitano Sur con el objeto de funcionar como “Área de Demostración”, considerando entre otras razones; las contribuciones que los profesionales de este Servicio han hecho en la historia de la psiquiatría comunitaria en Chile, también el desarrollo de sus RRHH en este campo y el grado de desarrollo que en este Servicio han alcanzado los distintos componentes del nuevo Modelo de Atención en Salud Mental y Psiquiatría propuesto en el Plan Nacional.

Otras fortalezas del Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS) que se tomaron en cuenta para ser considerado como “Área de Demostración” fueron su trayectoria en el campo de la formación de profesionales y técnicos en Salud Mental y Psiquiatría y la adhesión a los postulados de la Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria que se expresa en un directo respaldo a la gestión del Modelo por parte de las autoridades de la Dirección.

El Ministerio de Salud y el SSMS están interesados en formalizar una relación de trabajo consensuada, coordinada y continua con el objetivo de consolidar esta estrategia y facilitar el pleno desarrollo de un Nuevo Modelo de Atención en Salud Mental y Psiquiatría en este Servicio. La voluntad de ambos servicios estableció de la siguiente manera:

1. Compromisos:

- Se constituirá un equipo de trabajo permanente formado por profesionales del SSMS y MINSAL que asumirá la tarea de conducir técnicamente y coordinar el desarrollo de un Nuevo Modelo para la atención de SM y Psiquiatría que entregando servicios de alta calidad a la población beneficiaria del Servicio, sirva a la vez como un espacio de formación de RRHH, de investigación operativa y de demostración de la efectividad y eficiencia del Modelo.
- El MINSAL se comprometerá con esta estrategia aportando RRHH para este equipo de trabajo, orientaciones técnicas y los recursos de expansión necesarios para la implementación del Modelo en el SSMS.
- El SSMS se comprometerá con esta estrategia aportando RRHH para este equipo de trabajo, reconvirtiendo recursos para el Nuevo Modelo de Atención en SM y Psiquiatría e implementándolo como parte integral de la red de servicios de salud que atiende a su población beneficiaria.
- El equipo de trabajo tendrá la tarea de definir compromisos de gestión tendientes al desarrollo y perfeccionamiento continuo de un Modelo de Red coordinada de Servicios.

El equipo de trabajo que asume la tarea de definir los compromisos de gestión, deberá hacer hincapié en componentes como los que se destacan a continuación:

1.1. Acciones de Promoción y Prevención en Salud Mental en la Atención Primaria:

Para ello se plantea incorporar en los planes, programas y proyectos de promoción de la salud actividades relacionadas con el fomento de la salud mental; sensibilizar e informar a la comunidad sobre los factores protectores y de riesgo relacionados con

salud mental; incentivar la participación comunitaria en el desarrollo de iniciativas tendientes al autocuidado y la protección de la salud mental; incorporar contenidos de prevención primaria en las actividades habituales de los equipos de APS.; identificar e intervenir en familias en riesgo.

1.2. Mejoramiento de la Resolutividad de los trastornos de Salud Mental y Psiquiatría en Atención Primaria, tales como: Depresión, drogas y alcohol, salud mental infantil, VIF., Trastornos Psiquiátricos Severos (TPS).

1.3. Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Estos equipos representarán el nivel secundario de resolución, descentralizados en cada comuna y sectorizados con un área territorial y con una determinada población beneficiaria. Se requiere al menos un equipo por cada comuna con más de 40.000 beneficiarios e idealmente un equipo por cada 40.000 a 100.000 beneficiarios. Estos equipos estarán a cargo de apoyar a los equipos de APS (consultoría de salud mental e interconsulta) y de efectuar el tratamiento y rehabilitación psicosocial para enfermedades mentales de mediana y alta severidad de su territorio. Deberán también promover la articulación y desarrollo de la red local, sanitaria, social y de integración comunitaria en general.

En aquellas comunas en que se cuenta con un Centro Comunitario de Salud Mental Familiar (COSAM), inicialmente se complementarán los recursos humanos de éstos con los del Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria de ese territorio, para desarrollar en ese establecimiento parte de las acciones, especialmente aquellas de carácter psicosocial tales como la atención psicológica, rehabilitación psicosocial, u otras, posibilitándose las intervenciones a nivel local y favoreciendo la vinculación del paciente a los recursos de su comuna.

De acuerdo a condiciones locales de los COSAM existentes, se evaluará factibilidad de que estos se constituyan en el equipo de salud mental y psiquiatría comunitaria

de ese territorio, reforzándose al equipo multidisciplinario existente de acuerdo a los estándares establecidos.

1.4. Instancias Comunitarias, como lo son las: agrupaciones de usuarios, clubes de integración social, talleres laborales -talleres protegidos - empresas sociales y hogares protegidos.

Si bien éstos dispositivos se encuentran en la comunidad, aún falta desarrollar iniciativas que logren consolidar en el tiempo y en la cobertura que ofrecen a la comunidad. Además de instar a la creación de nuevos dispositivos, caso aún insuficiente en la demanda actual.

1.5. Servicios con camas de corta estadía: para atención de personas con TPS en los hospitales de niños y adultos del Servicio.

El objetivo es aumentar las posibilidades de acoger a la población que requiere de una hospitalización, fuera del hospital psiquiátrico, asegurando no perder el vínculo familiar y aumentando las posibilidades de reinserción en la comunidad.

1.6. Hospitales de Día, entendidos como el componente privilegiado para tratar los episodios agudos de los TPS, integrando definitivamente un abordaje bio-médico y psico-social.

1.7. Atención Psiquiátrica y psicológica en los Servicios de Urgencia, con un modelo de intervención en crisis y acción coordinada en toda la Red de Servicios de Urgencia y con la Red de Salud Mental del Servicio.

1.8. Salud Mental y Psiquiatría Infantil y de Adolescentes, conformados en 2 unidades de atención ambulatoria, para la atención de casos de alta severidad y consultorías a equipos de atención primaria y de SM y psiquiatría comunitaria (estos dos equipos estarán a cargo de la atención de casos de baja y mediana severidad y de las coordinaciones intersectoriales comunales).

1.9. Programas de Sub-Especialidad de Salud Mental y Psiquiatría, orientados por los mismos principios generales e integrados a la Red.

En estos programas de sub-especialidad de SM y Psiquiatría se encuentran:

- Dependencia a Alcohol y Drogas, integrando instancias públicas y privadas (ej. comunidades terapéuticas)
- Atención de Salud Mental a Víctimas de Represión Política 1973-1990 (PRAIS)
- Psiquiatría Forense

1.10. Programa de Cuidados Terciarios Comunitarios

Se implementará uno o más programas para responder a las necesidades de atención de las personas con enfermedades mentales muy graves, resistentes a los tratamientos efectuados por equipos de salud mental y psiquiatría comunitaria, hospitales de día y servicios de psiquiatría de corta estadía. Estos cuidados terciarios serán entregados tanto en forma ambulatoria, (como por ejemplo los programas asertivos comunitarios) como en hospitalización total y parcial, en programas de mediana estadía.

1.11. Reconversión y Normalización del Hospital Psiquiátrico El Peral (HPEP)

Para ello, la internación de corta estadía dejará de efectuarse en el HPEP, realizándose exclusivamente en hospitales generales; El HPEP dejará de ingresar pacientes beneficiarios de otros SS a cualquiera de sus dependencias en un plazo concordado; Se terminarán las camas de larga estadía, trasladando a sus actuales usuarios a hogares protegidos y a otras instancias o instituciones de acuerdo a las necesidades de estas personas; La población de alta complejidad (psicosis y trastornos del desarrollo), actualmente tratada en Unidades de Patologías Complejas, será abordada por los Programas de Cuidados Terciarios en la comunidad; los profesionales y paramédicos del HPEP contribuirán junto al resto del personal

clínico de la red a la formación de equipos de salud mental y psiquiatría comunitaria y a la creación de los dispositivos de la Red de Salud Mental del SSMS, tales como servicios de corta estadía en hospitales generales, instancias de rehabilitación comunitarias, hospital de día, red de urgencia, sub-especialidades y programas de cuidados terciarios comunitarios. Se establecerá una estrategia de reconversión o reubicación del personal administrativo y de servicio que no sea compatible con el diseño de la red.

2. Desarrollo de Recursos Humanos:

El nuevo modelo de atención en salud mental y psiquiatría requiere tanto capacitar a los actuales profesionales y técnicos, de modo de que desarrollen las habilidades necesarias para sus nuevas funciones, como aportar en la transformación de los programas de pregrado y postgrado de las carreras de la salud. En este sentido, se destacan las siguientes líneas prioritarias:

- Programa de formación en Salud Mental para equipos APS: Capacitación teórica y práctica.
- Programa de formación en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria para equipos de nivel secundario y terciario: estadías, pasantías y otros.
- Relaciones con Universidades para Incorporación de la Salud Mental y Psiquiatría en la malla curricular de pregrado y post-grado y desarrollo de un nuevo Programa Referencial de Especialización en Psiquiatría para médicos, que incluya las habilidades necesarias para trabajar en un equipo de salud mental y psiquiatría comunitaria.
- Creación de la profesión “Técnico en Rehabilitación Psicosocial”, con una formación de 2 años y el desarrollo de las habilidades necesarias para trabajar en un equipo de salud mental y psiquiatría comunitaria contribuyendo a la rehabilitación de las personas con enfermedades mentales severas y discapacitantes.

3. Calidad de Atención:

Con el nuevo modelo de atención se espera realizar en forma eficaz y eficiente el mejoramiento en la calidad de la atención, lo cual hace necesario plantearse los siguientes objetivos:

- Contribuir al desarrollo de sistemas de acreditación de los programas y dispositivos de salud mental y psiquiatría.
- Contribuir a la definición de estándares nacionales y regionales, aplicación de protocolos de acreditación y formación de profesionales como acreditadores.
- Contribuir a la elaboración de protocolos de atención para las prioridades de salud mental y psiquiatría en todos los niveles de resolución.

4. Promoción de los DDHH de las personas con discapacidad psíquica.

La plena integración de las personas con discapacidad secundaria a enfermedades mentales o retardo mental requiere en Chile de una Ley que proteja sus derechos ciudadanos. Mientras esa ley no exista en el Área de demostración se considerará:

- Pleno respeto a los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales.
- Acceso a atención de salud y salud mental.
- Desarrollo intencionado de actividades dirigidas a reducir el estigma asociado a las enfermedades mentales
- Tratamientos que restrinjan lo menos posible las libertades de pacientes y familiares
- Consentimiento informado para tratamientos de riesgo y confidencialidad

5. Actividades Intersectoriales.

Las acciones de promoción de la salud mental requieren ser llevadas a cabo preferentemente por organizaciones sociales a nivel comunal, con la participación del sector salud y de otros sectores.

La reinserción social de las personas con discapacidad también considera la participación tanto de la comunidad y las organizaciones sociales, como de instituciones privadas y otros sectores del estado (salud, educación, vivienda, trabajo, etc.) y se realiza en el ámbito comunitario.

El equipo de trabajo conjunto del SSMS y el MINSAL para el desarrollo del “Área de Demostración”, establecerá en el más breve plazo un cronograma de trabajo que contemple la definición de responsabilidades, la priorización de tareas, los métodos de trabajo y sus indicadores de evaluación.

Concluyendo, el desarrollo de los puntos abordados y el compromiso de ambos Servicios, son factores necesarios para cumplir con los requisitos de una intervención con enfoque biopsicosocial. A lo largo de los puntos antes desarrollados, se establece la necesidad de desarrollar recursos humanos y económicos, fundamentales para dar inicio a las actividades e intervenciones. Al alero de estas apreciaciones, es que se realiza el Proyecto de Psiquiatría y Salud Mental para el SSMS, comprendido entre los años 2000 y 2005, el cual se plantea de la siguiente manera:

5. Proyecto de Psiquiatría y Salud Mental del SSMS

Propósito del Proyecto:

Se plantea “Brindar respuestas integrales, efectivas y oportunas a las necesidades de psiquiatría y salud mental de la población beneficiaria del Servicio de Salud Metropolitano Sur, orientadas por los principios de la Salud Mental y la Psiquiatría

Comunitaria, que integren promoción, prevención, tratamiento - rehabilitación y reinserción social”.

Para dar conformidad al propósito propuesto, el SSMS se planteó los siguientes objetivos generales:

Objetivos

- Desarrollar un modelo de promoción y prevención en salud mental.
- Organizar respuestas efectivas y oportunas a los problemas de salud mental.
- Desarrollar líneas de investigación - acción acordes con este Plan.

Para el logro de los objetivos generales se plantearon objetivos específicos, considerando los siguientes:

- Fomentar en la población estilos de crianza y de vida saludables y protectores de la salud mental.
- Reducir los factores de riesgo asociados a los Trastornos Psiquiátricos Severos, Trastornos Ansiosos y del Ánimo, Trastornos del Desarrollo y la Atención en el Niño y Consumo de Alcohol y otras Drogas.
- Desarrollar un modelo de atención integral que aborde los aspectos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación los TPS, Trastornos Ansiosos y del Ánimo, trastornos del desarrollo y la atención del niño y el consumo de alcohol y otras drogas a través de una red territorial de servicios de salud mental y psiquiatría.
- Abordar los problemas de salud mental y psiquiatría de manera intersectorial y con la participación de la comunidad.

- Diseñar y llevar a cabo estudios que permitan evaluar las acciones desarrolladas en la red.

Estrategia

Para el desarrollo del primer objetivo específico se estableció:

- Incorporar en los planes, programas y proyectos de promoción de la salud actividades relacionadas con el fomento de la salud mental.
- Sensibilizar e informar a la comunidad sobre los problemas y trastornos de salud mental y sus manifestaciones.
- Incentivar la participación comunitaria en el desarrollo de iniciativas tendientes al autocuidado y la protección de la salud mental.

Para desarrollar el segundo objetivo específico

- Incorporar contenidos de prevención primaria de trastornos del desarrollo y la atención en el niño, TPS, Trastornos Ansiosos y del Ánimo y consumo de alcohol y otras drogas a las actividades habituales de los establecimientos de salud del Servicio.
- Identificar e intervenir en familias en riesgo que dentro de sus miembros tengan niños preescolares.
- Asesorar e informar a la comunidad sobre los factores de riesgo relacionados con problemas de salud mental.

Para el tercer objetivo específico

- Diagnosticar necesidades de salud mental y psiquiatría de la población asignada.

- Desarrollar una red de servicios de salud mental y psiquiatría, efectiva, eficiente, organizada territorialmente, que fortalezca la capacidad resolutive de la atención primaria, con un enfoque biopsicosocial, familiar y comunitario.
- Integrar las instancias de atención para que se coordinen entre sí en forma horizontal y de acuerdo a las necesidades de los pacientes, sus familias y la comunidad.
- Reorganizar los servicios de especialidad ambulatorios en Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Comunitarios, orientados a la resolución de los problemas de salud mental en un territorio determinado.
- Incrementar y desarrollar los recursos humanos que participan en la red de servicios de salud mental y psiquiatría comunitaria.
- Implementar subprogramas de TPS, Trastornos Ansiosos y del Animo, Trastornos del Desarrollo y de la Atención en el niño, Tratamiento y Rehabilitación de personas con problemas asociados al consumo de alcohol y drogas, en todos los establecimientos de Salud del Servicio y establecer normas y protocolos de atención.
- Desarrollar servicios de internación de corta estadía en los Hospitales Generales del SSMS.
- Reorientar el quehacer de los recursos humanos especializados del Hospital Psiquiátrico El Peral, hacia la atención de pacientes de alta complejidad que requieran internación de mediana estadía, en dispositivos ubicados idealmente en la comunidad.
- Estandarizar el arsenal farmacológico necesario en el tratamiento de los trastornos de psiquiatría y salud mental para el conjunto de la red.

Para el objetivo específico cuatro

- Generar acciones intersectoriales para la protección de la salud mental de la población y para generar respuestas a los problemas de salud mental.
- Apoyar e incentivar la organización y participación de pacientes, familiares y amigos de personas con problemas y/o trastornos de salud mental.
- Fomentar y apoyar la creación de grupos de autoayuda.
- Promover la creación de instancias de reinserción social en la comunidad, de carácter residencial, laboral, recreativo y cultural. En particular continuar con el desarrollo de hogares protegidos, crear empresas sociales y otras formas de integración laboral.
- Desarrollar acciones de coordinación con otros sectores del estado e instancias privadas para generar alternativas de egreso de la población de adultos mayores y con retraso mental del Servicio de Larga Estadía del Hospital Psiquiátrico El Peral.

Para el objetivo específico cinco

- Establecer un sistema de información integrado que genere productos para la gestión local y nacional.
- Adecuar periódicamente el plan en base a los resultados del monitoreo de su desarrollo y resultados.
- Conformar grupos de estudio en torno a temas específicos.
- Establecer convenios con instituciones académicas para la realización de estudios específicos.

6. Descripción de la Red de Servicios

La red de servicios considera un conjunto de dispositivos de atención, puestos tanto en el ámbito comunitario como en el sector salud. El modo de estructuración de los dispositivos se presenta de la siguiente manera:

Ámbito comunitario: Las acciones de promoción de la salud mental son llevadas a cabo preferentemente por organizaciones sociales, con la participación del sector salud y de otros sectores.

La reinserción social de las personas con discapacidad también considera la participación tanto de la comunidad y las organizaciones sociales, como de instituciones privadas y otros sectores del estado (salud, educación, vivienda, trabajo, etc.) y se realiza en el ámbito comunitario.

Ámbito sectorial: Considera a los Consultorios de Atención Primaria, los COSAM, los Servicios Especializados de Atención Ambulatoria, los Hospitales Diurnos, Servicios de Hospitalización de Corta Estadía y Servicios de Hospitalización de Mediana Estadía.

Se prioriza la resolución de los problemas de salud mental de baja complejidad en los consultorios de APS, incrementando sus capacidades diagnósticas y terapéuticas a través de la incorporación de profesionales psicólogos, la capacitación continua y la Consultoría de Salud Mental realizada por especialistas. Además el consultorio será responsable de generar estrategias de prevención de trastornos de salud mental.

Los actuales Servicios de Especialidad de Atención Ambulatoria de Psiquiatría Adultos organizarán sus recursos a través de Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Comunitarios, que darán respuestas integrales a los problemas de salud mental que excedan las capacidades del nivel primario, priorizando por la atención ambulatoria. Estos equipos, caracterizados por la multidisciplinariedad y el trabajo en equipo, serán responsables de la salud mental de una población determinada (comuna o consultorio) y su tamaño dependerá de la cantidad de población beneficiaria en ese territorio.

Uno de los propósitos fundamentales de los Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Comunitarios es garantizar la continuidad de los cuidados, particularmente en el caso de las personas con trastornos psiquiátricos severos y de larga evolución, para los cuales el vínculo personal y terapéutico con alguno de los miembros del equipo es de gran relevancia, siendo identificado como su principal agente terapéutico y de rehabilitación.

Además serán quienes se relacionen con los equipos de la atención primaria de todos los establecimientos de ese territorio, a través de la Consultoría de Salud Mental, acompañándolos para desarrollar las destrezas necesarias para la atención de pacientes derivados o pesquisados en este nivel.

A través de la interrelación con la atención primaria y la comuna en su conjunto, estos equipos además intentarán generar respuestas intersectoriales en cada territorio, para abordar aquella problemática que en muchas oportunidades condiciona la aparición o mantención de los trastornos de salud mental y para generar alternativas de reinserción social para las personas con discapacidad.

En aquellas comunas en que se cuenta con COSAM, se complementarán los recursos humanos de éstos con los del Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria de ese territorio, para desarrollar en ese establecimiento parte de las acciones, especialmente aquellas de carácter psicosocial tales como la atención psicológica, rehabilitación psicosocial, u otras, posibilitándose las intervenciones a nivel local y favoreciendo la vinculación del paciente a los recursos de su comuna.

Respecto de la atención ambulatoria de especialidad para personas con dependencias a alcohol y otras drogas es necesario reorientar la intervención hacia quienes requieran de un tratamiento intensivo, considerando además, incorporar a pacientes con diagnóstico de patología dual.

La gravedad de algunos pacientes requerirá de otras modalidades de intervención como el ingreso a Hospital Diurno y/o la hospitalización en Servicios de Corta Estadía localizados en hospitales generales, considerándose inicialmente la

implementación de 28 camas en el Hospital Barros Luco y un número a definir en el Hospital El Pino.

La generación de camas de corta estadía en hospitales generales de los Servicios de Salud Metropolitano Sur y Sur Oriente, permitirá la transferencia de recursos desde el Hospital El Peral hacia los nuevos Servicios de Corta Estadía, Hospitales Diurnos o Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Comunitarios.

Para la atención de casos altamente complejos, se dispondrá de Programas de Cuidados Terciarios a través de la conformación de Equipos Asertivos y/o hospitalización total o parcial de Mediana Estadía.

Las camas de larga estadía serán eliminadas progresivamente mediante la reinserción de sus residentes en sus familias, la colocación en hogares protegidos, hogares de ancianos u otros, liberándose la totalidad de los recursos del Hospital Psiquiátrico El Peral hacia el fortalecimiento del modelo descrito.

Respecto de la atención de Salud Mental y Psiquiatría Infanto-Juvenil el Servicio de Salud mantendrá dos Unidades de Atención Ambulatoria de Especialidad ubicadas en CRS-El Pino y CDT-HBLT, orientadas a la atención de casos de mediana y alta complejidad derivados desde la atención primaria. Los equipos de especialidad del CDT-HBLT y CRS-El Pino han desarrollado consultoría de Salud Mental en algunos Consultorios de Atención Primaria, coordinaciones intersectoriales comunales y capacitación a la totalidad de los equipos de atención primaria. La estrategia de consultoría debiera proyectarse a la totalidad de las comunas, en una modalidad distinta a la implementada por los equipos de psiquiatría adultos, considerando la disponibilidad de recursos especializados.

6.1.- Red de Salud Mental y Psiquiatría: Servicio de Salud Metropolitano Sur

La red de salud, debe cubrir una población total de 1.170.191, de los cuales se encuentran inscritos en las unidades de salud 858.931 personas, que corresponde al 73% del total de la población. La cobertura de esta Red es para un total de 11

comunas, donde se encuentra: San Miguel, San Joaquín, Pedro Aguirre Cerda, La Cisterna, Lo Espejo, El Bosque, San Bernardo, Buin, Calera de Tango, Paine y sector sur de La Granja.

La red cuenta con 29 Consultorios de Atención Primaria, distribuidos en las 11 comunas; 4 COSAM (San Bernardo, El Bosque, Pedro Aguirre Cerda, Buin); Servicio de Psiquiatría Ambulatoria Adultos e Infantil en C.D.T, Barros Luco y C.R.S. El Pino Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria; 2 Hospitales de Día (C.D.T. Barros Luco, C.R.S. El Pino); Servicio de Corta Estadía (Hospital Barros Luco, Hospital Psiquiátrico El Peral); Unidad de Mediana Estadía (Hospital Psiquiátrico El Peral); Comunidades Terapéuticas Privadas; 16 Hogares Protegidos; Talleres Protegidos; Empresa Social; Clubes de Integración Social; Agrupaciones de Familiares; Agrupación de Usuarios y Grupos de Autoayuda en Alcohol y Drogas.

6.2.- Principios

Los principios básicos que orientan el modelo de atención con el cual opera esta red, son los siguientes:

- Organización de la atención a través de una red de servicios que garantice la oportunidad y continuidad de la atención
- Enfoque comunitario privilegiando la atención ambulatoria
- Inserción de la atención psiquiátrica dentro de los canales de atención de salud general.
- Organización territorial de la atención de problemas y trastornos de Salud Mental.
- Enfoque biopsicosocial, familiar y comunitario
- Participación comunitaria

6.3. Desafíos

Para consolidar el modelo de atención se propone lo siguiente, con relación a los Equipos de Salud:

- Democratización de la información y del poder al interior de los equipos de salud mental – horizontalidad.
- Responsabilidad colectiva
- Integración efectiva de saberes y prácticas específicas
- Acceso a capacitación continua

Con relación a la articulación de la red

- Reconocimiento por parte de los equipos de la necesidad de unirse y establecer vínculos
- Avanzar en el conocimiento de la red en su conjunto, de todos quienes forman parte de ésta
- Avanzar en el establecimiento de relaciones de cooperación y confianza
- Garantizar la continuidad de la atención
- Integración del quehacer de equipos que abordan distintas problemáticas de salud mental en un mismo territorio.

Respecto a la relación de los equipos con el usuario

- Concepción integral del individuo - planes de tratamiento individuales e integrales
- Disminución del estigma

- Participación del usuario en la definición de su plan de tratamiento individual- consentimiento informado
- Incorporación del usuario y su familia en el proceso terapéutico
- Pleno respeto de los derechos humanos en la relación cotidiana

Con relación a la participación comunitaria e intersectorialidad

- Generación de espacios de participación real por parte de la comunidad en la evaluación y programación
- Promoción de la organización comunitaria
- Involucramiento de otros sectores en todos los niveles
- Conformación de redes territoriales: Camas de Corta Estadía en Hospital El Pino y Hospital de Buin, aumento de plazas de hospitalización diurna, Mediana Estadía comunitaria.
- Avanzar en el mejoramiento de condiciones infraestructurales de establecimientos de atención primaria.
- Implementar otros dispositivos identificados en el contexto del estudio de red asistencial.
- Aumentar cobertura de personas en tratamiento
- Desarrollo de la Red de Salud Mental
- Aumento de recursos humanos para el desarrollo de acciones de salud mental en la atención primaria.
- Conformación de equipos de salud mental comunitaria de acuerdo a estándares establecidos.

- Definición de la dependencia, localización e infraestructura requerida para el funcionamiento de equipos comunitarios.
- Recursos de apoyo al trabajo de los equipos (apoyo administrativo, informático, transporte, insumos, etc).
- Disponibilidad de fármacos en los distintos niveles de atención.

El Servicio de Psiquiatría del HBL, atiende a un número importante de usuarios del sector sur de la región metropolitana, muchos de los requisitos considerados en este proyecto del SSMS, se hacen necesarios y al mismo tiempo difíciles de cumplir considerando por una parte, el presupuesto que se destina a la salud mental y por otro, la situación legislativa, en la actualidad urge la modificación de la Ley, se necesita cambiar las medidas asistencialistas y paternalistas por otras centradas en la igualdad de oportunidades.

Por consiguiente, cabe preguntarnos si la atención que se entrega, se hace desde un enfoque biopsicosocial, familiar y comunitario, donde existe una real participación comunitaria, y donde la atención es oportuna y permanente en el tiempo. Conociendo el proyecto de salud mental y psiquiatría surgen muchas interrogantes, y queda establecido que se necesita voluntad de todos los sectores, públicos y privados y de todas las áreas, ya que la salud mental depende en gran parte de la oportunidad para acceder a las necesidades básicas. Es por ello que el estudio se centró en dos grandes áreas: la perspectiva de los usuarios y la perspectiva del equipo de profesionales del HBL, respecto a la aplicación del modelo de atención considerado en el Plan de Salud Mental y Psiquiatría del SSMS, el cual tiene su base en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.

III PARTE
ANALISIS DE LOS RESULTADOS

CAPITULO III

PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS FRENTE AL PROGRAMA DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

La percepción de las personas respecto a la aplicación de un programa de intervención en el área social, depende de las experiencias y relaciones que han establecido con aquel programa, así como también, la experiencia que se haya tenido con anteriores intervenciones. Estos factores entre otros, inciden positiva o negativamente en la disposición de nuevas experiencias.

En el caso del estudio en cuestión, se estableció una serie de tópicos que se relacionan con el modelo de Psiquiatría Comunitaria aplicado en la comuna de Pedro Aguirre Cerda, los cuales dieron paso a la construcción del conjunto de preguntas, que fueron aplicadas a usuarios que llevaban más de un año en tratamiento.

En este capítulo se presenta el análisis de los resultados de los datos recogidos en las entrevistas en profundidad y en el grupo focal, aplicados a los usuarios, dividido en sub-capítulos, donde se pondrá énfasis en la percepción que tienen los usuarios respecto a diversos tópicos con injerencia en la calidad de vida, identificando las fortalezas y debilidades del programa que ellos manifiestan.

1. Psicoeducación

La psicoeducación es un modelo de intervención con personas que padecen algún trastorno mental. Intenta proporcionar un marco teórico y práctico en el cual el paciente pueda comprender y afrontar el trastorno y sus posibles consecuencias, convirtiéndose en el principal colaborador activo en su propio tratamiento. Desde este punto de vista, la psicoeducación huye del modelo de un profesional “sanador” y de un paciente “pasivo” y en su lugar potencia una adecuada alianza terapéutica

centrada en la colaboración, la información y la confianza. Se parte de la hipótesis de que facilitar información y estrategias de afrontamiento adecuadas ante la enfermedad y sus consecuencias incidirá positivamente en el curso del trastorno.

Es decir, la psicoeducación es una preparación para que los usuarios de salud mental adquieran las habilidades necesarias para enfrentar las experiencias de la vida cotidiana, además de ser una herramienta necesaria para lograr una mejor calidad de vida. Es por ello que los profesionales informan a los usuarios sobre la patología que les afecta, sus síntomas, las características del tratamiento y por último sus efectos secundarios.

Pretende, entre otras cosas, dar una respuesta integral en el abordaje de la enfermedad mental. En su grado máximo se espera con ella que los usuarios desarrollen habilidades de comunicación y estrategias para abordar situaciones de estrés; que adquieran la capacidad para solucionar los problemas derivados del manejo de la enfermedad, reduciendo el reingreso de las personas a los hospitales a un número considerablemente más bajo.

“Los principales objetivos de la psicoeducación incluyen fomentar la conciencia de enfermedad, mejorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico y facilitar la detección precoz de nuevos episodios, ya que ello conducirá a una intervención temprana evitando la intensificación de la sintomatología”.
(Reinares; 2004: 3)

De acuerdo a lo señalado, una persona que está en un tratamiento por alguna enfermedad mental y asiste frecuentemente a sesiones de psicoeducación, debiera tener conocimiento acerca de la enfermedad que padece; conciencia de la necesidad

de la administración constante y oportuna de los medicamentos adecuados; evitar los factores de riesgo para su recuperación y/o bienestar.

El modelo de atención en psiquiatría y salud mental, con el cual son atendidos los usuarios del programa de psiquiatría comunitaria de la comuna de Pedro Aguirre Cerda, considera la importancia y relevancia de la psicoeducación dentro del tratamiento, ya que sin ésta no se podría hablar de intervención basada en un modelo integrador donde se considere a las personas con trastornos mentales como actores y gestores principales de su mejoramiento. Es por ello que los usuarios del Programa presentan en su totalidad plena conciencia de su enfermedad, así como de los medicamentos que les son suministrados.

“Yo soy esquizofrénica hace cinco años. Los medicamentos que tomo me hacen sentirme mejor. Tomo respiridona, carbamazepina y amitriptilina”. (Cecilia)

Al momento de la entrevista, Cecilia, como los demás pacientes entrevistados, no dudan en manifestar el tipo de enfermedad, el tiempo y medicamentos que utilizan.

“...acá una de la primeras cosas que nos enseñan es a saber qué enfermedad tenemos, cómo funciona y cuáles son los remedios que debemos tomar”. (Pamela)

Lo señalado por Pamela deja ver que el Equipo de Psiquiatría Comunitaria realiza como primer paso de intervención una psicoeducación con el objetivo de que el paciente reconozca los antecedentes básicos de su enfermedad.

Por otro lado, la psicoeducación no sólo se limita a la entrega de información sobre la enfermedad, sino que también pretende ser la entrada para dar una mayor satisfacción de bienestar para los usuarios, su entorno familiar y comunitario. Al conocer el tipo de enfermedad que padece una persona, los efectos de ésta, los tratamientos adecuados, etc., desaparecen los síntomas de angustia. La psicoeducación entrega herramientas para que las personas vayan adquiriendo mayor autonomía, se puedan relacionar mejor con sus familias y con la comunidad. También es un aporte para que sean ellos mismos quienes prevengan situaciones de estrés, pudiendo evitar el recaer en crisis y posterior hospitalización.

El reconocimiento de los usuarios a esta estrategia de intervención, hace posible que se hable sólo de las fortalezas de la psicoeducación y de la total necesidad de ser considerada dentro de cualquier modelo de intervención en salud mental y psiquiatría. Su aplicación hace posible que aun las personas con trastornos mentales severos logren una mejoría, por mínima que ésta sea, pero de gran importancia. Cabe considerar que aún existen personas que llevan años encerrados en hospitales psiquiátricos. El que estas personas se integren a su grupo familiar y social, y tengan una mejor relación con técnicos y profesionales, es sin duda, un gran logro. Es por ello que al consultar a los usuarios, éstos establecen que dentro de las múltiples fortalezas que tiene la psicoeducación, está la de adquirir herramientas para relacionarse con otros y enfrentar sus vidas.

“Para mí, el que hagan talleres, te conversen y te traten bien, son cosas nuevas. Con esto yo puedo entender de qué estoy enferma y como ir por la vida. Yo nunca había estado en un taller y ninguna de esas cosas sociales en la que hay que compartir con todos. Este tratamiento es rápido porque una tiene que reponerse rapidito”. (Marcela)

Los usuarios de tratamientos de salud mental y psiquiatría permanecieron por años aislados de la sociedad y en muchos casos también de sus familiares. Antiguamente se pensaba que las personas con enfermedades mentales dejaban de ser sujetos de derechos y quedaban entregadas a su suerte en un aislado y desesperanzador edificio, compuesto por muchas habitaciones con muchas camas, llenas de ocio, carentes de cualquier actividad que pudiera expresar vida. Es así como, cada vez más, iban perdiendo sus hábitos y costumbres, las ganas de comunicarse, su técnica para relacionarse con otros. Superar el desconocimiento de la enfermedad mental aún es un camino largo de recorrer. La psicoeducación, entre otras consideraciones, nos permite terminar con el estigma social que se tiene frente a una persona que padece trastorno mental.

La psicoeducación es una técnica considerada en el informe de la OMS “sobre la salud en el mundo”, en su postulado “educar al público”, donde plantea la necesidad que tienen todos los países de realizar campañas que apunten a la educación y sensibilización de la población frente a las enfermedades mentales. Botar las barreras que sirven como obstáculo para un mejor tratamiento y asistencia con un mayor conocimiento sobre los trastornos mentales, sobre su tratamiento, la recuperación y los derechos humanos de las personas que padecen una enfermedad mental, entre otros. Se debe divulgar las alternativas de intervención posibles de realizar, sus ventajas y desventajas, para que la población en general disponga de los mejores conocimientos, con el fin de prevenir enfermedades y promover la salud mental.

2. Participación Familiar

Se puede afirmar que la familia es un valor imprescindible; el lugar donde se residen las redes fundamentales de integración e interacción social; la base del porvenir, de las relaciones de reciprocidad, de libertad, de ternura, de apoyo mutuo, de refuerzo en situaciones de desamparo; base de lanzamiento para recuperar lo que

la vida nos quita o nos oculta, como son los momentos de orfandad, de soledad profunda, de dolor por sentirnos enfermos o desvalidos.

Hasta nuestros tiempos no existe ninguna institución humana o social que logre suplir el funcionamiento de la familia, sobre todo en lo que dice relación con la satisfacción de las necesidades biológicas y afectivas que requieren los individuos.

En este sentido, la familia tiene mayor relevancia cuando en su interior ocurren hechos inesperados, como es la llegada de un miembro que presenta alguna enfermedad mental, ya que ésta demandará un esfuerzo diferente en su cuidado y protección, que la que requiere un miembro sano.

“La enfermedad mental produce siempre problemas de adaptación en la familia. Las demandas generadas por la incertidumbre, el desasosiego que trae consigo la convivencia con el enfermo son muchas y dolorosas. Y el paciente no es el culpable de estas consecuencias”. (Orradre; 2004: 15)

El grupo familiar presenta grandes dificultades en el manejo, convivencia e integración cuando uno de sus miembros padece de una enfermedad mental, por lo que muchas veces las personas con trastorno mental sufren su primera estigmatización al interior del hogar, más aún si éste es pobre y marginado. El apoyo que reciben las familias desde el exterior de su grupo es aún muy escaso y de baja calidad, lo que se manifiesta en el escaso manejo de herramientas para sobrellevar las dificultades que les produce. Tampoco poseen conocimientos suficientes que les permitan aportar a la integración y desarrollo de la persona con trastorno mental, generando no sólo la exclusión de la persona, sino que del grupo familiar completo, quedando presas del aislamiento y encierro y con pocas posibilidades de revertir la situación vivida.

La transformación de los servicios asistenciales en salud mental, donde la atención se traslada desde el hospital hacia la comunidad, ha originado que la familia ocupe el primer lugar en la prestación de servicios y que el hogar tenga un rol importante en el cuidado y atención de la persona con trastorno mental. La falta de recursos disponibles para la atención de éstos, otorga a los familiares directos del paciente una carga muy grande, por lo que se debe considerar el costo que las familias deben pagar a la hora de decidir asumir dicha responsabilidad.

Es por lo señalado que resulta trascendental que la familia cuente con apoyo profesional, económico, político y social; que se les acompañe y apoye en los procesos de aprendizaje, en el manejo de las distintas variables que operan en el cuidado de una persona con enfermedad mental.

“Si a la familia se le auxilia desde fuera, se le apoya para que vea que los problemas apuntados son habituales, que estas situaciones pueden ser positivas porque ayudan a crecer, se le está ayudando a descubrir sus propias capacidades, se le hace ver lo que está ocurriendo exactamente; se le evitarán malos ratos y sobre todo, se le ofrecerán motivos y razones para vivir mejor, más reconciliados consigo mismos y con la sociedad”.
(Ibid: 17)

A partir de lo señalado, es que resultó de importancia indagar en la percepción de los usuarios, respecto al trabajo que se realiza con sus familias desde el Programa de Psiquiatría Comunitaria del equipo Pedro Aguirre Cerda.

“Si, ellos me apoyan en todo. Desde acá los citan, ellos vienen y están siempre pendientes. El equipo ha ayudado en eso.”
(Catia)

Los usuarios entrevistados presentan una clara tendencia a manifestar que cuentan con el apoyo de sus familias en el tratamiento. Esta opinión generalizada en los usuarios respondería a las intervenciones periódicas que realizan los profesionales, no como complemento al tratamiento, sino como parte del mismo.

“Para mí ya es como normal que mi mamá venga y me acompañe, a veces me dice que a ella le hace más bien que a mí”. (Pedro)

Como lo señala Pedro, las familias asumen un rol más que de acompañantes en un proceso de “curación” de un paciente, son asumidas como parte de la enfermedad y, por ende, parte del tratamiento.

Aquí toma principal importancia el equipo de técnicos y profesionales que desarrollan sus funciones en el área de salud mental. La intervención que se realiza deberá estar basada en una relación horizontal entre familiares, usuarios y profesionales. Estos tendrán la capacidad de adaptación para las tareas que se propongan. El rol de la familia será un rol activo y fundamental, ya que podrá participar en el apoyo, manejo y vigilancia del uso correcto de psicofármacos, roles de acompañamiento terapéutico, trabajos en terreno de rehabilitación, entre otros.

La familia, en el plano de la salud mental individual y colectiva, ha sido reconocida por largos años como un factor de extrema importancia. Con la reforma psiquiátrica

se agrega a este reconocimiento un componente fundamental, y es que la familia se presenta ahora como un recurso en el tratamiento de las personas.

“Antes no me apoyaban, pero con las conversaciones de la asistente social y el psicólogo que han tenido con mi familia, ahora me apoyan”. (Julieta)

Declaraciones como la de Julieta suelen ser recurrente en los discursos de los usuarios entrevistados. Muchos de ellos son conscientes de que al ir avanzando en el tratamiento, sus familiares se van incorporando paulatinamente.

“Ahora es mi mamá la que me recuerda que tengo que venir a control y a buscar las pastillas. Antes yo le decía que me dijera cuándo era. Ahora ella anda recordando”. (Rosa)

Muchas de las personas portadoras de trastorno mental, no cuentan con una red de apoyo familiar, ya sea porque durante muchos años permanecieron encerradas en el hospital y su núcleo familiar se fue desintegrando hasta quedar solo, o porque la familia hizo abandono de su responsabilidad como cuidador, después de reiterados enfrentamientos a situaciones conflictivas sin resolver, etc. Lo cierto es que un número considerable de pacientes que se encuentran encerrados, tiene escasa oportunidad de volver a ser parte de la vida familiar. Muchos de ellos son rechazados, por ser considerados como un problema en el hogar y un peligro en la comunidad. Muchas de las personas que son atendidas en los hospitales psiquiátricos, y que han tenido un gran avance con el tratamiento, a la hora de partir, dejar atrás las puertas que durante muchos años fueron su lugar de refugio, no cuentan con un lugar apropiado donde estar. Para ellos es necesario disponer en la

comunidad de hogares protegidos o estructuras intermedias, que den la posibilidad de integrarse a la comunidad en forma lo más normal posible.

Los profesionales tienen la necesidad de desarrollar una actividad con el entorno, especialmente con las familias, y las instituciones de hacer valer los derechos de las personas con enfermedad mental. La valoración de las prácticas realizadas en los grupos familiares y con el propio usuario, será expuesta en el desarrollo evolutivo de la persona, en su grupo familiar y en el contenido de la comunidad.

3. Abordaje en crisis

Los seres humanos estamos expuestos en algunas ocasiones de nuestras vidas a experimentar crisis, con mayor o menor perturbación emocional y mayor o menor bloqueo de las estrategias para enfrentarla.

“Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización emocional, caracterizado por la incapacidad del individuo para enfrentar una situación particular y obtener un resultado positivo o dar alguna solución al problema”. (Rodríguez; 2002: 5)

Para una persona con trastorno mental, los episodios de crisis se hacen más constantes y más profundos si las condiciones en las que desarrolla su vida diaria no le permiten satisfacer sus necesidades. Los aspectos con que se presenta la crisis en las personas que sufren enfermedades mentales, se relacionan con desequilibrios emocionales graves, con sentimientos de cansancio y agotamiento, sentimientos de desamparo, sentimientos de confusión y síntomas físicos. El superar o no la crisis dependerá de las herramientas y la capacidad para pedir ayuda.

En este sentido, las personas que se encuentran en tratamiento manifiestan que el hecho de participar en grupo les ha permitido desarrollar herramientas para enfrentar sus momentos de crisis.

“La participación en este grupo me ha disminuido mis crisis, es decir, las he podido dominarlas. Aquí me enseñan formas de poder superarlas. Me enseñaron a pedir ayuda”. (Julieta)

La participación es un componente importante en el desarrollo de las prácticas comunitarias, además de otorgar a las personas con enfermedad mental la satisfacción de compartir su experiencia con otro, logran intercambiar conocimientos acerca de las patologías.

*“Antes tenía crisis yo solo, no le decía a nadie, pero era violento y por eso no le decía a nadie. Cuando hablo con la doctora le digo esto y me dice que participe más con el grupo del hospital y le cuente la rabia que me da cuando estoy mal”.
(Carlos)*

Distintos son los factores que influyen en los síntomas de la enfermedad, tanto físicos como psicológicos, y muchas las semejanzas que tienen las personas que lo padecen. La comunicación da la posibilidad de interactuar con otros, de insertarse en la vida social del otro. El compartir las experiencias es también una forma de buscar las redes de apoyo, el soporte social.

Para muchos usuarios de programas de salud mental, el propio equipo constituye una red de protección, que actúa como soporte en momento de estrés o crisis.

“Cuando recién llegué y me dio una rabietta fuerte, los que trabajan con el doctor me calmaron y conversaron harto conmigo. Pero ya no me dan tantas rabiettas, además ellos ya me conocen y yo los conozco”. (Marta)

Este soporte de contención se presenta con una carga afectiva dirigida a los usuarios. Ellos lo perciben y son conscientes de la disminución de los periodos críticos.

“Sí, me descompongo, pero ya no me acuerdo, porque hace tiempo que no tengo una crisis fuerte. Antes de este tratamiento caía mas seguido en crisis”. (Teresa)

Los espacios que genera la participación de grupos de personas con trastorno mental, familiares, técnicos y profesionales, son propicios para educar a la población acerca de las enfermedades mentales, buscar el apoyo de las redes sociales para abordarla y entregar herramientas para enfrentar la enfermedad. Es decir, reconocer el soporte social que tiene esa persona que padece de trastorno mental, y que necesita en momentos de crisis, saber como enfrentar la situación que sin dudas generará desconcierto. El soporte social va más allá de las características estructurales de las redes sociales, reconoce e identifica los recursos de los cuales dispone un individuo en una crisis.

4. Disponibilidad en la atención

La disponibilidad de la atención a las personas con trastornos mentales está ligada, entre otros factores, al número de profesionales por persona que se atiende en los

centros y a la consistencia de las redes disponibles en el área de salud mental y psiquiatría.

“Me atienden cuando lo necesito, lo que pasa soy también adicta consumía marihuana y cuando tenía recaídas secas, que son ganas de consumir, ahí el hospital me ayuda en eso. Cuando mi familia no puede venir acá, ellos van a mi casa”.
(Catia)

El seguimiento de los tratamientos psiquiátricos se hace necesario a la hora de evitar una crisis o una rehospitalización. Es por ello que los equipos deben trabajar en red con otros dispositivos que se encuentren en la comunidad, para lo cual son necesarias las reuniones de equipo, con el objetivo de compartir y discutir los casos y buscar en conjunto una mejor intervención para cada paciente. Los distintos programas que se encuentran en las unidades de salud mental deben estar en estrecha relación, ya que muchos de los pacientes de salud mental presentan una patología dual, como anteriormente lo señalaba "Catia". Muchos de estos pacientes, por su condición, se pierden de sus hogares en los períodos de crisis, y es entonces cuando toma gran relevancia el apoyo de la comunidad y los dispositivos comunitarios que se encuentran en la red de salud mental. Además, es imprescindible disponer de un equipo multidisciplinario formado por psiquiatras, médicos generales, psicólogos, sociólogos, enfermeras, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, técnicos en rehabilitación, monitores en salud, entre otros; equipos integrados por diversas miradas sobre los conflictos psicosociales.

“Yo la vez que me sentía mal, en el consultorio encontraba a la Asistente la que siempre conversaba conmigo, de hecho a veces

nos fumábamos un cigarro en el patio del consultorio conversando”. (Cecilia)

Es de importancia que las atenciones médicas y sociales sean registradas en fichas clínicas u otro sistema de registro con los que se cuente. Las atenciones deben estar establecidas dependiendo de la necesidad del paciente. Estas instancias deben ser el espacio donde las personas puedan exponer sus síntomas, avances o retrocesos de la enfermedad, así como también el momento donde el profesional que interviene explique, eduque y concuerde con la persona sobre el tratamiento a seguir. Para ello se debe disponer de tiempo necesario y de toda la información que se requiera para una intervención efectiva. Es preciso disponer de un número mayor de profesionales y técnicos en salud mental, sin detrimento de su calidad profesional. Cabe recordar que la intervención que se analiza, es una intervención basada en el modelo comunitario, el cual tiene como principio básico, ser un modelo más integrador y respetuosos de los derechos de las personas con enfermedades mentales.

En la observación en terreno al Centro en estudio, se pudo constatar las dificultades que tienen los equipos de trabajo para cumplir con las expectativas de los usuarios, familiares y la comunidad, como también las de los equipos que trabajan en red. La disponibilidad de tiempo que tienen los profesionales para asistir a reuniones de equipo o coordinación con dispositivos comunitarios no es la necesaria para el cumplimiento del objetivo. Es así como se constató que profesionales que debían estar trabajando con la red no cumplían con esa necesidad debido a la falta de recursos humanos, ya que en la consulta esperaban pacientes para ser atendidos y hubiese sido aún más grave hacerlos esperar. Cabe destacar que lo constatado en terreno no era causado por la descoordinación del equipo, sino más bien era producto de una realidad que se vive en distintos centros de atención en salud mental y psiquiatría, donde el recurso humano es insuficiente, a pesar de ser la pieza clave de toda planificación y estrategia en el trabajo en salud mental y psiquiatría comunitaria.

5. Integración comunitaria y social

Las personas que sufren enfermedades mentales graves o crónicas presentan dificultades muy complejas de sobrellevar, que no se reducen a los síntomas patológicos, sino que afectan directamente a otros aspectos como el funcionamiento psicosocial y la integración a la sociedad.

La integración social entendida como “aquel proceso dinámico y multifactorial que posibilita a las personas que se encuentran en un sistema marginal, a participar del nivel mínimo de bienestar sociovital alcanzado en un determinado país” (www.wikipedia.org), requiere de estrategias sensibilizadoras no sólo a nivel institucional, sino que desde los más anónimos actores sociales.

Aunque los pacientes psiquiátricos comparten problemas relativamente similares, cada uno presenta características concretas, de un modo particular e individualizado en función de la interacción de múltiples factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales que concurren en la historia y la vida de cada uno de ellos. Asimismo en función de la atención y servicios que reciben.

El buen control de los síntomas que se obtiene en muchos casos con el tratamiento farmacológico y psiquiátrico, no asegura a la persona su funcionamiento autónomo e integración social. En este sentido, los programas de rehabilitación o desarrollo psicosocial son fundamentales para el desarrollo de las habilidades para una buena integración en la vida comunitaria; el acompañamiento continuado se considera necesario para favorecer una integración social efectiva en sus entornos sociales y familiares.

Las opiniones vertidas por los pacientes psiquiátricos del Modelo de Psiquiatría Comunitaria en estudio, respecto a sus procesos de integración social, hacen referencia a discriminaciones por parte de la sociedad.

“La gente igual discrimina al ver que una está enferma, igual el entorno a una la discrimina”. (Ivonne)

Si el entorno lo entendemos como un todo, entonces estamos refiriéndonos al espacio físico y social de una persona. Si este entorno es discriminatorio con las personas que sufren algún trastorno mental, entonces estamos hablando de estigmatización. Las personas con enfermedad mental aspiran a ser tratadas de una forma más comprensiva, solidaria y centrada en el ser humano con sus derechos y libertades individuales.

Autores como Goffman, establecen que las personas que rechazan y estigmatizan, lo hacen para protegerse de lo vulnerables que pueden ser frente a personas distintas de ella.

“Creemos,... que la persona que tiene un estigma no es totalmente humana...para explicar su inferioridad y dar cuenta del peligro que representa esa persona...” (Goffman; 1993 :15)

La percepción social de la enfermedad mental ha sido siempre el reflejo de los valores de los grupos dominantes. Cada época ha tratado de distinto modo las enfermedades mentales, todas relacionadas con la falta de conocimiento y educación que se tiene sobre el tema y la escasa importancia que se da al ejercicio de sus derechos.

Hasta hoy, entre nosotros existe un estigma que acompaña a las personas con trastorno mental y a sus familias, el cual se manifiestan en rechazo y discriminación. Este estigma, en muchas ocasiones, se refuerza por el sistema sensacionalista de determinadas noticias en los medios de comunicación, como por ejemplo, atribuir

actos delictivos o criminales a la enfermedad mental, los cuales han servido y generado rechazo y sentimientos de temor frente a las personas con trastorno mental, lo que conlleva, que la comunidad y muchas veces hasta la propia familia no permita que se integre nuevamente a la vida comunitaria.

La lucha contra la exclusión y por la integración social de estas personas, exige de trabajos sistemáticos para sensibilizar al conjunto de la sociedad. Es necesario promover los dispositivos existentes para dar una posibilidad real de participación en la sociedad a estas personas que han sido desplazadas injustamente por años.

Sin embargo, muchas de las personas con trastornos mentales, aceptan esta discriminación, haciendo referencia al significado de locura que tiene la sociedad.

“La enfermedad y el tratamiento pueden llegar a una reducción de la autoestima del paciente que repercute en su integración social y lo torna aislado de lo otros”. (Ventura; 2003: 214)

Los pacientes del equipo de Psiquiatría Comunitaria del Hospital Barros Luco son conscientes de que existe una visión por parte de la sociedad que los rotula como locos.

“No hay que echarle la culpa a la gente porque entienden que una está loca o algo así”. (Angelina)

Hay quienes creen que el sentimiento de rechazo frente a las personas con trastornos mentales, de algún modo, es reflejo del temor y la defensa a la angustia que nos ocasiona el comportamiento subjetivo de los otros, es decir, tememos por

nuestros actos. Individualmente, nos provoca angustia pensar que podemos traspasar la barrera del control de nuestras emociones; a nivel de grupo, manifestamos el rechazo a identificarnos con el otro, tememos que la locura de quienes observamos se nos contagie. Es así como vamos excluyendo a las personas que pueden generar en nosotros los sentimientos ocultos, que todo ser humano posee.

El riesgo que existe de pasar de un estado de “normalidad a otro de “anormalidad” es la razón de la negación y el rechazo de cada cual de considerarse como tal.

6. Relación entre pacientes

Las relaciones interpersonales que se establecen con los pares, aquellos con que se tiene algo en común -pertenecen a la misma generación, al mismo género, profesión, etc., son consideradas relaciones en las cuales existe mayor comprensión, ya que viven las mismas circunstancias, se enfrentan a los mismos retos y participan de la misma cultura.

“Sólo me relaciono con gente de aquí. Sí, me gustaría relacionarme con otras personas que sean como yo”. (Marcela)

La relación entre pares es reconfortante, no se hacen esfuerzos por demostrar lo que los otros esperan que seas. En estas relaciones prevalecen los aspectos comunes por sobre los diferenciadores.

Las personas que han permanecido aisladas de la vida social, encerradas en un hospital y que muchas veces cuentan sólo con el apoyo de los profesionales y técnicos que trabajan en el Centro, ya que a veces con los otros pacientes no existe una comunicación, se van quedando sin redes comunicacionales. Si estas personas no son apoyadas por los equipos de salud mental, surge una suerte de resistencia a la

comunicación, por no poder expresar sus sentimientos, sus dolencias y deseos; se sumergen en sus patologías como una opción. El equipo de salud mental tiene un desafío mayor con las personas que padecen un trastorno severo, ya que con ellos el trabajo de comunicar y relacionarse con el otro se hace difícil. En ocasiones estas personas adquieren una relación estrecha con uno de los miembros de su familia nuclear o con un profesional que por diferentes razones tiene una empatía especial con el paciente. Es por ello que el trabajo en equipo, las reuniones periódicas, la coordinación toma tanta relevancia en el quehacer de los profesionales de salud mental, así como la incorporación y apoyo de la familia del usuario.

“las relaciones interpersonales son la manifestación de que como seres humanos somos seres sociales, que co-construimos nuevas historias para el mejoramiento de relaciones saludables”. (Ventura; op.cit.: 215)

La condición de ser seres sociables, hace que la comunicación sea inherente a nosotros, aprendemos a muy temprana edad a comunicarnos, se hace indispensable para la relación primero en el grupo familiar y luego en el intercambio con la sociedad. En el transcurso de nuestras vidas, aprendemos también cómo comunicarnos, para satisfacer nuestras necesidades, sin que para ello pasemos por sobre las necesidades y derechos del otro. Aprender a respetar los tiempos, los ritmos de la comunicación, es trascendental para las buenas relaciones humanas.

Los equipos de salud mental deben estar compuestos por personas capacitadas en lo que dice relación con la comunicación, valorar las relaciones interpersonales por sobre las relaciones formales. Es en las primeras donde hallarán una fuente de riquezas que les permitirá interpretar la realidad de los pacientes con los cuales trabajan; encontrar la forma más propicia de abordarlo, teniendo resultados confortables para ambos.

Las personas con trastornos psiquiátricos, con una buena psicoeducación y apoyo de las redes, tanto familiares como sociales, pueden ser muy capaces de ayudarse a sí mismos, y en momentos de crisis, el apoyo y acompañamiento de los compañeros ha sido de gran ayuda para la curación y la reintegración en la sociedad.

“Sí conozco otras personas que tienen problemas igual que yo. Y hablamos de cómo una va superando sus problemas. Uno se puede apoyar también, porque como tu pasaste o estas pasando algún problema lo puedes compartir y comparar como se van solucionado los problemas”. (Ivonne)

Es preciso reconocer la importancia que tiene la relación entre dos personas y su calidad en nuestro equilibrio personal y salud mental, el modo de relacionarnos en lo cotidiano, para hacer de aquella práctica un beneficio para la vida en sociedad. Las relaciones interpersonales juegan un rol importante en el desempeño de nuestra actividad humana. Estas relaciones sólo podemos desarrollarlas mediante la comunicación, entendida en sus diversas formas de expresión.

“la comunicación podemos definirla como el complejo proceso de carácter social e interpersonal mediante el cual se producen intercambios de mensajes, verbales y no verbales, y se ejerce una influencia recíproca entre los interlocutores; que propicia diversas interacciones racionales y emocionales entre éstos”. (Zaldivar; 2002: 10)

En este sentido, las relaciones entre paciente son reconocidas por ellos mismos como un importante aporte, donde pueden compartir experiencias en común.

“Me relaciono con las chiquillas que participan del grupo. Las estimo, las quiero, siento que son mis amigas. Compartimos las cosas que nos pasan. Siento que tenemos problemas, no iguales, pero parecidos”. (Angelina)

Dentro de las múltiples características que tienen las relaciones interpersonales, se encuentra la facultad de incidir en el otro de forma sutil. La posibilidad de influir positivamente en las personas en tratamiento, es aprovechada al máximo por los profesionales que trabajan en el área, ya que muchas veces no tienen otra cercanía y posibilidad de intercambio con otras personas que pudieran aportar en el tratamiento.

7. Acompañamiento

Los seres humanos se conectan entre sí a través del encuentro. Posteriormente, con la interacción, que es la primera forma de comunicación, se va estableciendo un vínculo. En este vínculo se involucran dos o más personas, necesiándose una a la otra en la misma forma, surgiendo un campo común en el que tiene que haber reciprocidad.

”Investigaciones diversas han demostrado que desarrollar un vínculo cálido y empático con el paciente, permite fomentar cambios más rápidos. Y ésta es un poco la clave del Acompañamiento Terapéutico: al establecer un buen vínculo, ligazón, unión o lazo, se van a generar más logros terapéuticos”. (Turcuman y Torres; 2006: 12)

Los esfuerzos de empatía, es decir, la disposición de coincidir con el otro, originando su interés y por lo tanto la convergencia, resulta imprescindible para el desarrollo adecuado del acompañamiento terapéutico. Ese otro, en este caso, el paciente, es alguien inundado por la dolencia psíquica que lo aqueja. Para él, su acompañante terapéutico se convierte en un ente significativo por la frecuencia del vínculo y por el tipo de actividades que realiza, relacionadas con la vida cotidiana del paciente y con su familia.

Para contener al paciente, se requiere que el acompañante sea flexible y pueda adecuarse a los distintos escenarios que se puedan presentar, sin perder nunca el encuadre del trabajo.

“Yo siento que me acompañan en especial las personas que acá trabajan. Ellos han logrado que mi familia también me acompañe”. (Catia)

La vida en el espacio de los hospitales, que se amplía en hogares protegidos y se continúa con el soporte comunitario, requiere de un acompañamiento que tiene como función mediar en lo cotidiano. Es una función responsable, de apoyo frente al abandono, el cuidado y la vigilancia. Esta función se hace irremplazable, ante las necesidades que la persona afectada tiene, producto del traslado de su entorno habitual, por lo demás bastante complejo, lo que presenta un factor de cambio en el desarrollo.

Mediante el acompañamiento se establecen relaciones estrechas, se desarrollan actividades conjuntas de cooperación que facilitan el aprendizaje y la evolución de las personas. De esta manera, la interacción que se realiza en el acompañamiento provoca un espacio de desarrollo.

“Hace harto tiempo que no me siento solo, yo creo que desde que empecé este tratamiento, me siento con personas que se preocupan de mí y que están cuando yo los necesito”. (Raúl)

En algunas personas que sufren de trastornos psiquiátricos, el hospital o dispositivo, pasa a ser parte fundamental en su vida cotidiana. Muchos de ellos han pasado gran parte de su vida en estos recintos y otros lo han perdido todo, incluso sus familias. Muchas veces se crea una dependencia de los centros asistenciales, no es raro ver a una persona con trastorno mental, cuatro y hasta cinco veces a la semana acudir a un centro de asistencia psiquiátrica, como no es extraño que no cuenten con actividades fuera del hospital o centro. Por ello es necesaria la creación de dispositivos en la comunidad, que sirvan de soporte y como puente para la integración en la comunidad. No basta sólo con realizar actividades para el ocio, sino más bien deben ser espacios de crecimiento, de diversión y donde se promueva la relación con otros recursos de la comunidad.

8. Recuperación

La recuperación es entendida como el estado de restitución de algo anterior que se había perdido, como por ejemplo devolver la capacidad de valerse por sí mismo. La rehabilitación psiquiátrica busca como última meta la recuperación.

“...ó sea a como llegué. Antes no podía tomar las riendas de mi vida. Yo he avanzado, a pesar que llevo harto tiempo con esta enfermedad”. (Raúl)

La rehabilitación psicosocial proporciona herramientas para restar los síntomas negativos de la enfermedad. Por medio de habilidades y técnicas de abordaje en

crisis, el individuo desarrolla un ambiente de apoyo y restablece el sentido de control sobre su vida. Los trabajadores en salud mental, que trabajan en rehabilitación psicosocial, potencian las áreas más fuertes de los individuos, acentuando su salud total e incluyen en el proceso de recuperación a las familias y la comunidad.

“Siento que tengo más limpieza mental. Porque además cumplo un horario cuando voy al COSAM. También los medicamentos me ayudan”. (Raúl)

La actividad para las personas con enfermedad mental es de mucha importancia y valoración. El sentir que tienen responsabilidades y capacidades para cumplirlas los hace de alguna forma sentirse parte de la sociedad.

9. Equipos de salud mental

Un elemento trascendental dentro de la intervención en el modelo de Psiquiatría Comunitaria se refiere a los profesionales. En Psiquiatría Comunitaria, como en otros campos de la intervención social, no se cuenta con tecnologías que resuelvan los problemas, se cuenta fundamentalmente con la relación de ayuda que establecen los profesionales. Una buena parte de la capacidad de los programas de rehabilitación para alcanzar o no sus objetivos dependen de la motivación, actitud, compromiso, formación y expectativas de sus profesionales.

“El equipo son un ejército de ángeles, son muy preocupados por lo que siempre te pasa. Eso a mí me sirve. Cuando uno ve en la tele las camisas de fuerza y los electroshock dice uff que

fuerte. Eso ya no pasa y qué bueno. La atención es más humana y cercana”. (Catia)

No basta con que haya profesionales formalmente adscritos a servicios o programas de rehabilitación, sino que son necesarios profesionales y técnicos con la mejor formación posible y, por sobre todo, comprometidos activamente con la rehabilitación, con respeto al enfermo mental como ciudadano de pleno derecho y que además cuenten con la motivación precisa y el estilo de atención flexible que requieren procesos tan complejos y dificultosos como los de rehabilitación.

“La relación es más abierta. Es buena, ellos son buenos. La relación es cercana, se siente la preocupación de ellos. Cuando voy a controles uno se siente bien. Eso me gusta. Cuando estaba en el psiquiátrico eso era tétrico, pero era el trabajo de ellos. Acá hay más calor humano y es mejor. Yo nunca me había tratado así”. (Raúl)

Los profesionales no son la única pieza en el engranaje de la rehabilitación pero sí son pieza clave, y lo son tanto individualmente como en cuanto equipos multidisciplinarios como marco de trabajo en rehabilitación.

10. Derechos y Deberes

Los problemas psiquiátricos y psicosociales de las personas con trastorno mental, así como las barreras y desventajas sociales que sufren, hacen de esta población un grupo especialmente indefenso y vulnerable. Las situaciones de desprotección, obstaculizan el pleno acceso y ejercicio de sus derechos civiles como ciudadanos de pleno derecho. Por ello es preciso asegurar y promover la defensa y protección de

sus derechos tanto en dispositivos de atención y tratamiento, así como en la vida cotidiana.

Hoy se habla de los derechos de los usuarios, Sin embargo no todos los conocen y otras tantas no los hacen valer. Los usuarios del programa en estudio, hablan de sus derechos y deberes.

“Derechos; Son los tratos que las personas tengan con uno, que no le pasen gatos por liebre. Eso es como luchar por los derechos. Deberes; cumplir con los reglamentos que aquí me dicen. Por ejemplo, tomarme los medicamentos”. (Marcela)

Las personas con enfermedad mental poseen todos los derechos y libertades fundamentales, reconocidos en la declaración y convenciones generales sobre derechos humanos; tienen derecho a la atención médica, a ser tratados con humanidad y respeto, a ser atendidos en la comunidad, derecho a la privacidad, tienen también derecho a proporcionar consentimiento informado antes de recibir cualquier tratamiento, entre otros. En relación con otros derechos del paciente mental, se puede establecer que los recursos, cuidados y tratamientos provistos deben proteger constantemente la dignidad personal, los derechos humanos y civiles.

La falta de conocimientos de los derechos de las personas con enfermedad mental, es uno de los factores que permite la violación a los derechos básicos y libertades fundamentales de las personas. La falta de información afecta considerablemente a las personas que padecen de enfermedades mentales. En muchos hospitales aún se siguen dando malos tratos que degradan y perjudican la salud de los pacientes mentales. La difusión y conocimiento de sus derechos contribuyen a la rehabilitación de las personas con trastorno mental. Los gobiernos deben incorporar

los derechos internacionales en sus leyes nacionales para la promoción de la salud mental.

Los derechos de las personas con trastorno mental son la puerta de entrada para la reestructuración de la atención psiquiátrica.

“El buen trato, que no te hagan sentir más loca de lo que estás; los medicamentos, adecuados; la responsabilidad y puntualidad de los profesionales; que no te cambien a cada tiempo a la persona que te atiende”. (Julieta)

En nuestro país, el número de profesionales trabajando en el área de salud pública con un enfoque comunitario, es aún escaso. Uno de los factores asociados a las limitaciones para el pleno desarrollo de un modelo de atención en psiquiatría con un enfoque comunitario es la inestabilidad de los equipos y su constante rotación interna. No es rara la poca permanencia de un trabajador, así como también la permanencia de los equipos. En estas condiciones el escenario es complejo para desarrollar intervenciones comunitarias, por lo que las instituciones de salud tienen una gran tarea.

CAPITULO IV

PERCEPCION DE LOS PROFESIONALES DE SALUD MENTAL ACERCA DE LA METODOLOGIA DE INTERVENCIÓN

En el año 2000, se planteó una Política y Plan Nacional de Salud Mental centrado en la comunidad. En términos estratégicos, este plan establece que se deben crear servicios de salud mental y psiquiatría en red (dentro del sector de salud y junto con otros sectores) en los que participen usuarios y sus familiares y en los que las organizaciones locales desempeñen un papel destacado en el desarrollo de los servicios.

Es así como el Ministerio de Salud estimó, como plan estratégico, desarrollar el modelo de atención en Salud Mental y Psiquiatría en un establecimiento determinado como un “Area de Demostración”, donde se pudiera evaluar más detalladamente el desarrollo de la aplicación del modelo. Se consideró, además, trabajar con un equipo altamente preparado en el área de salud mental y psiquiatría y con experiencia en psiquiatría comunitaria.

El establecimiento elegido fue el SSMS, y durante los últimos siete años el equipo multidisciplinario de salud mental y psiquiatría del hospital Barros Luco que atiende a la población consultante de la comuna de Pedro Aguirre Cerda, realiza sus intervenciones basadas en el modelo de psiquiatría comunitaria, por lo que el presente estudio evalúa la percepción que tiene el equipo de salud mental, acerca de la implementación del modelo de atención en salud mental y psiquiatría.

El estudio utilizó como instrumento la entrevista en profundidad, aplicada a los profesionales que atienden a los usuarios de salud mental de la comuna de Pedro Aguirre Cerda, se abarcó una serie de tópicos que van desde las características del modelo en cuestión, pasando por la capacidad del equipo que lo implementa, la posición institucional, y considerando además las características de la población

usuaria. Por ultimo, el estudio busca conocer la significación del modelo comunitario en el tratamiento de recuperación de los usuarios de salud mental, desde el punto de vista de los profesionales de salud mental y psiquiatría que trabajan en la comuna de Pedro Aguirre Cerda.

1. Metodología de Intervención

De manera amplia se señala que la psiquiatría comunitaria es una forma de proporcionar cuidados especializados a la población en el ámbito de las enfermedades psiquiátricas, que pasa por una forma específica de organización de la asistencia psiquiátrica, de programas enfocados hacia la promoción de la salud mental, prevención y tratamiento de los trastornos mentales y de la rehabilitación e incorporación de estos pacientes a la comunidad.

Quienes la practican y la defienden, manifiestan que es una alternativa más eficiente; que resguarda el derecho de las personas, por lo que es considerada a la vez una intervención mucho más ética que la institucionalización de las personas. El modelo clásico de la psiquiatría asilar, trae consigo la idea de que el enfermo mental crónico es una persona que requiere de la separación de su medio habitual para ser contenido, protegido y principalmente custodiado. A la inversa, el modelo de psiquiatría comunitaria pretende incorporar a la persona a su medio habitual, para lo cual entrega herramientas que le sirven para enfrentar su patología a través de la rehabilitación psicosocial. Integra a la familia como un agente activo en la recuperación y la incorporación de la persona enferma a la vida social. Educa a la comunidad para que acoja y resguarde la integridad de las personas, respete sus derechos y participe en la formulación y adopción de decisiones sobre políticas, programas y servicios sobre salud mental.

Al cumplirse siete años de la propuesta del Ministerio, los profesionales que pertenecen a la Red de salud mental y psiquiatría del SSMS, que atienden a la población usuaria de la comuna de Pedro Aguirre Cerda, basados en el modelo

comunitario, se refieren a la metodología de la aplicación del modelo y a la experiencia que han tenido como “área de demostración”.

“Con relación a su metodología, los profesionales del equipo de psiquiatría comunitaria del Hospital Barros Luco, señalan que el trabajo en terreno, es decir, en el contexto amigos, grupos de pares, es una psiquiatría enraizada donde el paciente está”.
(Asistente Social 2)

La forma de intervención que plantea el modelo, tiene incorporada una perspectiva social y comunitaria en la forma de entender los problemas derivados de la patología. Es así como el modelo obliga a los equipos de trabajo a introducirse en la realidad social de cada persona que necesita una intervención, y a los actores (usuario, familia y comunidad) a ser parte activa del proceso de recuperación y reintegración en la sociedad.

No es un proceso fácil, sino más bien complejo y con muchas contradicciones, si entendemos que el camino que se ha recorrido, las metas a las que se ha llegado, pasan por la voluntad de los profesionales y de personas aisladas, que creen y resguardan los derechos que tienen las personas con trastorno mental como cualquier otro ser humano pleno de derecho.

En los últimos años, en nuestro país se ha producido una proliferación de experiencias de atención e intervención con personas con trastorno mental severo bajo el rótulo de “programas de rehabilitación”, las que en muchos casos no comparten más que la denominación, siendo difícil encontrar un mínimo común denominador en cuanto a estructura metodológica o de estrategias de intervención.

Bajo la misma etiqueta pueden encontrarse actividades tan heterogéneas como grupos de discusión, tareas ocupacionales, expresión corporal, actividades artísticas, grupos de entrenamiento de habilidades sociales, etc. El problema no es tanto la diversidad de estrategias, que podría resultar enriquecedora, sino la evidencia de la falta de una mínima identidad metodológica de las intervenciones denominadas “programas de rehabilitación”.

En la actualidad, en nuestro país el Ministerio de Salud, pretende cumplir los mandatos de la OMS, con enormes falencias y sin mayor apoyo de las otras áreas, las cuales por su parte compiten en la economía mundial, donde es sabido que a la meta siempre llegan los mismos, un número reducido de personas, que por cierto, no son los que tienen necesidad de una verdadera transformación en el área de la salud pública.

El apoyo para un verdadero cambio en la atención de la salud mental, pasa como lo plantearía la OMS, por un cambio de paradigma. El problema de las enfermedades mentales no sólo le corresponden al área de salud, sino que, abarca a todos los sectores e incluye a toda la comunidad.

Al respecto uno de los profesionales plantea su punto de vista sobre la responsabilidad con relación a la salud mental

“Es un tema macro, en el sentido que el problema de salud mental no es solamente un problema de salud, tiene que ver con el modelo económico, tiene que ver con organismos sociales, con la educación, con la vivienda, en el fondo con la totalidad de las necesidades de las personas”. (Psiquiatra 1)

Es decir, se comprende que los problemas de salud mental de las personas responden y son producto del sistema neoliberal, un sistema competitivo donde la gran mayoría de las personas no tienen cubierta sus necesidades básicas. Es también por esta razón, que la OMS en su “informe sobre la salud en el mundo 2001”, reconoce a la pobreza como uno de los factores sociales que influyen en la salud mental. Al respecto, aclara que la prevalencia de trastornos mentales es más alta entre los pobres y los desfavorecidos, y agrega, que las desigualdades en los tratamientos son enormes para la población pobre.

La salud mental no es sólo un tema del plano sanitario sino que también político. El sistema neoliberal, en el que estamos inmersos, es el culpable de la destrucción del Estado benefactor y de la restricción en políticas de bienestar. Es necesario que los ciudadanos debatan sobre la necesidad de una ley de salud mental, que resguarde política y estructuralmente los procesos de cambio en la atención de la salud mental de las personas.

2. Diferencias entre Modelo Clásico y Actual

Las intervenciones basadas en el manicomio y posteriormente en el llamado hospital psiquiátrico, fueron el modelo que por años guió las prácticas en salud mental, basadas en una concepción tradicional de la enfermedad mental y de los objetivos sociales de asistencia psiquiátrica. Fue el producto de una tradición social, que veía a la enfermedad como una inexplicable y peligrosa conducta social desviada de un número de personas relativamente reducido y en una población desfavorecida. El desconocimiento con respecto a los factores causantes de la enfermedad, la ausencia de técnicas de intervención eficaces y la segregación de sus portadores conducidos a la reclusión, fueron la premisa del modelo asilar.

El actual modelo viene a reemplazar las prácticas asilares por una centrada en la comunidad y a desinstitucionalizar a las personas con trastorno mental y dar una

participación activa en el tratamiento y recuperación a las personas que la padecen. Por su parte, los trabajadores de la salud mental que realizan intervenciones basadas en el modelo de psiquiatría comunitaria, reconocen las múltiples diferencias entre el modelo clásico y el actual.

Al respecto aclaran que el modelo clásico se caracterizaría por la ausencia de vínculos con los usuarios.

“El modelo clásico brinda una atención en box cerrado, con un determinado tiempo, con recetas, todo en el contexto hospitalario. Sin tener mayor vínculo”. (Asistente Social 1)

La práctica del modelo asilar tenía, como anteriormente se mencionó, el objetivo del encierro y atenuar la sintomatología de la persona con enfermedad mental mediante el suministro de medicamentos. El cambio de paradigma respecto a la enfermedad mental y la desinstitucionalización de las personas, es hoy un tema que no está ajeno a ningún país con pretensiones en la reforma psiquiátrica. Esta reestructuración no ha estado exenta de críticas a la interpretación del modelo, ya que la desinstitucionalización por una parte se entiende como la negación a la hospitalización y, por otra, a una forma menos rígida de intervención, sustentadas ambas en el derecho de las personas. La primera, en el derecho a decidir si quiere tratamiento o no, la segunda, en el derecho de una persona a recibir atención en salud cuando lo requiera.

Es por ello que algunos profesionales de la salud mental plantean que hay que tener cuidado al momento de señalar que la Psiquiatría Comunitaria adolece de la hospitalización de sus usuarios.

“La Psiquiatría Comunitaria plantea desintitucionalización, no implica que no haya que hospitalizar ¡OJO!, sino que, no mantener ghettos o lugares donde se segrega, se separa a las personas. Además, la institución psiquiátrica es una institución total, que al final genera un aislamiento de las personas y las estigmatiza”. (Psiquiatra 2)

En nuestro país, el hospital psiquiátrico aún es un escenario necesario para el tratamiento de las enfermedades mentales, ya que no está superada la falta de recursos que se deben generar para la contención de las personas en crisis en instancias intermedias.

La reducción de camas de los hospitales psiquiátricos, sin nuevas alternativas de tratamiento o apoyo social, han generado desamparo y angustia a los familiares de las personas con trastorno mental. Para comprobar las falencias basta con revisar las listas de espera que tienen los hospitales generales para las personas que requieren de una hospitalización por un corto período. Entre otros aspectos, la transformación de un modelo a otro requiere considerar los costos del cambio y el traspaso de los recursos económicos y humanos necesarios.

3. Coordinación Equipo de Salud Mental y Psiquiatría

Los equipos de salud mental y psiquiatría son pieza clave para la transformación del modelo de atención en salud mental. La misión de ellos hoy es aún más compleja, se accede a otro tipo de involucramiento en lo que dice relación con su intervención, no sólo en cantidad, sino que principalmente en la calidad de entrega. Estos cambios que tienen como meta los equipos, obedecen a los desafíos que plantea la aplicación de un modelo de atención basado en el modelo de psiquiatría comunitaria.

El SSMS implementó el nuevo modelo de atención en salud mental, el cual sería realizado a través de la:

“Coordinación de las acciones de la Red de Salud Mental existente...que incluye a las instituciones de salud, organizaciones comunitarias e instancias privadas que trabajan en esta temática”. (Servicio de Salud Metropolitano Sur; 2006)

Sin embargo, y aún cuando la coordinación de las redes para el funcionamiento de los equipos sea tan imprescindible, en la práctica nos encontramos con otra realidad. Los profesionales que componen el equipo de trabajo de salud mental y psiquiatría del Servicio en estudio, ven la coordinación como un desafío no cumplido, y es que aún el tema se presenta como una debilidad para hacer posible la atención bajo el nuevo enfoque, y con pocas ganas de parte del Ministerio de Salud en otorgar recursos para el cumplimiento de la meta.

“La coordinación de los equipos es otra debilidad, porque no hay retroalimentación. Nosotros derivamos un paciente al nivel secundario y no sabemos más lo que pasa con ellos. Al parecer cada uno (consultorios, hospital u Cosam) está viviendo en su propia isla”. (Asistente Social 4)

El objetivo fundamental de la intervención basado en el nuevo modelo, pretende la reinserción social de la persona, no se reduce a la cura de la sintomatología, sino que, como lo propuso el Dr. Madariaga, respecto a la intervención de los equipos de trabajo, la intervención comienza con detectar y dar un tratamiento oportuno a la enfermedad y termina con la rehabilitación integral y la reinserción a la comunidad.

La impresión de algunos servicios de salud, como lo vimos anteriormente, es distinta a lo que perciben los trabajadores de salud mental. Los profesionales están trabajando descoordinadamente entre un centro y otro, disponen de muy poco tiempo para dedicarse a la coordinación entre los equipos de la red y, además, coordinarse con los integrantes del propio equipo. Por lo tanto, menos tiempo aún tienen para coordinarse con los dispositivos comunitarios. Las razones entonces, obedecerían, entre otras, a la falta de recursos humanos disponibles para hacer frente a las demandas, como también a la resistencia de algunos profesionales y técnicos que no han querido hacer un cambio de paradigma, generando en el nuevo modelo que se pretende realizar estancamientos que entorpecen la labor de los equipos que están en red.

“Nos topamos poco porque tenemos pocas horas dentro del equipo, no estamos dedicados 100% al trabajo en el equipo”.
(Asiente Social 3)

A esto se agrega que los profesionales tienen múltiples funciones que deben cumplir dentro del lugar de trabajo. No todos los profesionales tendrían dedicación exclusiva al equipo de psiquiatría comunitaria. Muchos de ellos, además de pertenecer a dicho equipo, deben cumplir otras funciones, como por ejemplo, atender urgencias en la posta.

El equipo de trabajo de salud mental, en correspondencia al cambio que ha tenido que experimentar la atención, necesita incorporar varios componentes y modificar otros tantos. El trabajo en redes es una de las características principales de los nuevos equipos de trabajo, la coordinación de los trabajadores en salud, es necesaria para desarrollar políticas a largo plazo.

La realidad que se vive al interior de los equipos de trabajo no es del todo satisfactoria, la permanencia de los equipos de trabajo en salud mental es inestable, lo que impide proyectarse a largo plazo. Al respecto, el Dr. Madariaga indica a uno de los factores principales que inciden en ello.

“Los fenómenos de burnout que han afectado a los equipos durante muchos años debido a factores multicausales de tipo individual, institucional y estructural, es uno de los problemas que explican la inestabilidad de estos equipos y su constante rotación interna”. (Ibid: 24)

En los países en que la reforma psiquiátrica se ha podido desarrollar con gran éxito, debió pasar por grandes y largas discusiones, por parte de todos los actores involucrados, y por una decisión firme de las políticas de salud en el desarrollo del nuevo modelo.

Existen otros factores que inciden en el desarrollo del modelo, y tiene que ver exclusivamente con los profesionales. Como en todos los grupos, la participación de los miembros está sujeta a realidades individuales, propias de sus características. En el caso de los equipos de salud mental, su conformación está ligada a dos aspectos: el liderazgo y la motivación

"El liderazgo es un intento de influencia interpersonal, dirigido a través del proceso de comunicación, al logro de una o varias metas" (Castro; 2006: 10)

Vale decir que el liderazgo obedecería a la capacidad de una persona para influir en otro y hacer propias las metas u objetivos del grupo.

Desde la perspectiva comunitaria, no existe sólo un líder, sino que muchos. La mayoría de ellos no se reconoce como tal, por lo que el grupo debe hacer el trabajo de registrarlos y potenciarlos. En los equipos de salud mental, la relación al interior del grupo es horizontal, es decir, no hay líderes que ejerzan un poder sobre el otro, sino que más bien el líder es el propio equipo o grupo. Sin embargo, el equipo de salud mental tiene que fortalecer y apoyar a diversos líderes, para el cumplimiento de las múltiples tareas.

Por una parte, los grupos que están bajo una institución rígida, tienen como producto la falta de creatividad y su quehacer profesional es normado, lo cual no genera en los miembros del grupo sentimientos de integración y pertenencia; por otro lado, se pretende en los equipos de salud mental generar el sentido de pertenencia e identificación con el grupo, desarrollar autonomía y objetivos generales, que se desprenden de los intereses en conjunto.

La capacidad de generar motivación en los equipos de trabajo tiene mucha importancia para el desarrollo de las estrategias e intervenciones. Se espera de ellos intervenciones de mayor calidad, impactar mejor en la salud de las personas y un trabajo más efectivo. Los logros de los equipos fortalecerán la confianza en sus capacidades.

Los equipos de trabajo de cada nivel (hospital, consultorios y COSAM), son percibidos entre los mismos profesionales como equipos cohesionados y con gran capacidad de coordinación.

“La principal fortaleza es un equipo que logra “afiatarse” y tiene más o menos clara la película. En este sentido la fortaleza

del trabajo en equipo es el equipo mismo. Es el lograr permanentemente que se mantengan las confianzas, esa es una de las claves. Al menos que yo sepa, somos muy leales entre nosotros mismos". (Psiquiatra 1)

Es claro que el desarrollo y la madurez de un equipo va a depender de las características de sus miembros. También es sabido que para su funcionamiento debe existir miembros comprometidos, con metas y objetivos claros. Es decir, que la intervención de los equipos en salud mental está dada por los objetivos de la institución y más radicalmente por las motivaciones que tenga el equipo en su quehacer.

En nuestro país el interés profesional por la formación en psiquiatría comunitaria, cada vez es mayor. Los centros de formación profesional, los docentes del área de salud mental y las instituciones en general deben posibilitar los escenarios propicios para el ejercicio del desarrollo. La motivación de los profesionales pasa por las políticas de salud, el apoyo institucional, los derechos de las personas con enfermedad mental y, por último, por la conciencia social.

4. Capacidad de los Equipos

La capacidad que tienen los equipos de salud mental para intervenir en la difícil y cambiante realidad de las personas con trastorno mental, está estrechamente ligada a la formación y el compromiso de éstos para construir colectivos humanos, capaces de fortalecer la reforma psiquiátrica.

En nuestro país, las formas que han tenido los profesionales para resolver los problemas de la implementación del modelo, han sido variadas y heterogéneas. Las razones son múltiples, entre las que podemos mencionar están las condiciones y posibilidades locales, las limitaciones materiales, el grado de compromiso de las

autoridades de salud y, por último, las insuficiencias de desarrollo, propio del modelo comunitario.

Sin embargo, los profesionales que se encuentran trabajando en la atención bajo el modelo comunitario, conocen del alto grado de compromiso que deben tener para la ejecución de su trabajo.

“El equipo tiene un alto grado de compromiso que asume responsabilidades extras y actividades que no tienen ninguna retribución económica, como sí lo tienen otros programas en los centros de salud”. (Asistente Socia 1)

Por lo tanto, el compromiso personal y profesional, aparece como una fortaleza que se transforma en actitud imprescindible para el trabajo en psiquiatría comunitaria.

Esta situación es reconocida en el equipo encargado de la coordinación comunal.

“En el nivel nuestro (hospital) la capacitación ha sido, para el caso de algunos profesionales, diplomados relacionados con la temática; las otras personas han tenido que acudir a iniciativas más personales”. (Psiquiatra 2)

En cuanto a las capacidades técnicas para la ejecución del programa de psiquiatría comunitaria, se presentan ciertas aprensiones relacionadas con la democratización de los conocimientos. En este sentido, el equipo del nivel primario correspondiente al que se centra en el hospital y encargado de la coordinación general de los equipos

de la Comuna de Pedro Aguirre Cerda, aparece como el equipo más capacitado y teóricamente preparado en el modelo de intervención.

“Yo creo que hay distintos niveles. Los encargados de salud mental, yo creo que saben bastante, son todos con formación y experiencia. Pero de que eso se pueda traspasar al resto de los equipos, es algo que no se da. Pero yo creo que pasa por la voluntad de los directores de salud”. (Asistente social 4)

En estos niveles el desafío del equipo comunitario es significativo, en cuanto a la reformulación de espacios para el intercambio, coordinación y acción de los actores en concordancia con las nuevas exigencias del modelo.

El Dr. Carlos Madariaga, Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Dr. E. Torres G. de la ciudad de Iquique, quien ha realizado distintos trabajos de investigación basado en las experiencias de la unidad que dirige en relación con los requerimientos y la reestructuración de los equipos en salud mental, al respecto dice que el desafío en salud mental es una perspectiva fundada en parámetros democráticos, humanistas y solidarios, con apoyo en la doctrina de los derechos humanos. Además agrega que para ello se requiere de la resolución del tema saber-poder y la cuestión del control social en los marcos de un ejercicio real de lo participativo. (Madariaga; op.cit.)

Eso significa que el psiquiatra no tiene un sillón presidencial, como en el modelo anterior, sino que dentro de las múltiples funciones que debe tener se encuentra el apoyar y cooperar con los profesionales que componen los equipos de la atención primaria; se trata de un modelo basado en la educación, donde se manifestarían condiciones adecuadas para la colaboración y la comunicación entre los dos equipos

de profesionales. Se debe producir una retroalimentación sin dar oportunidad a la relación burocrática.

5. Trabajo en Red

El desarrollo de sistemas de atención comunitaria en salud mental implica la coordinación entre una multiplicidad de intervenciones, que se realizan desde una red igualmente variada y compleja de dispositivos, los que a su vez suelen depender administrativamente y funcionalmente de un relativamente amplio conjunto de organizaciones, articuladas en sectores diversos, tanto de la administración pública como de la sociedad civil.

Los profesionales coinciden mayoritariamente en que el trabajo en redes con organizaciones e instituciones a nivel comunal, es una de las áreas que no se han desarrollado por completo. Es más, este trabajo presentaría un desarrollo sólo incipiente.

“El tema de la red es uno de los grandes déficit del trabajo comunitario. Cuesta mucho que los profesionales y equipos se integren a una red, que asuman un rol activo y eso parte del Departamento de Salud Municipal, donde no se tiene plena conciencia de que es importante que todos los actores de salud estén vinculados”. (Psicólogo)

El poco desarrollo de un trabajo de redes articuladas, presenta condiciones negativas en lo que dice relación con la integralidad de la atención de muchos pacientes que no poseen apoyo familiar, generando el tan conocido efecto de la “puerta giratoria”.

“Hemos tenido pacientes que literalmente no tiene donde vivir y terminan alojando en la sala de espera del servicio de urgencia. Lo único que les puedes ofrecer es un hospedaje en alguna institución”.(Asistente Social 1)

El modelo de psiquiatría comunitaria debe garantizar la atención al usuario en un marco de continuidad a su tratamiento, para lo cual debe dotar de recursos materiales y humanos tanto a los servicios de psiquiatría, como también a los dispositivos intermedios que se encuentran en la comunidad, además de disponer de una organización administrativa que permita la articulación y organización interna de los equipos asistenciales para dar acogida a las demandas.

De las organizaciones y dispositivos existentes, hay muchos que no se encuentran disponibles para hacer frente a las demandas sociales, laborales o judiciales de la comunidad en general. Es imprescindible generar los recursos para cubrir las necesidades básicas de aquellos que no tienen familia, ni actividad laboral y otras tantas necesidades sociales. Además de educar sobre sus derechos, para que sean ellos mismo quienes demanden y gestionen los recursos.

Sin embargo, existiría una amplia red que funciona en torno a la temática específica de la atención, por ejemplo de personas con adicción a las drogas y el alcohol. Pero en el caso de las enfermedades de carácter psiquiátricos que no necesariamente se relacionan con el consumo de algún tipo de drogas, presentan una escasa organización para el abordaje en red.

“Eso solamente se ve en el programa de alcohol y drogas. Esa es una amplia red, ahí la coordinación es buena. El resultado de la coordinación no es tan bueno. Nosotros no tenemos

ninguna posibilidad de meter a un esquizofrénico a una casa de acogida”. (Psicóloga)

Se entiende que existen dispositivos amplios para algunas patologías, como por ejemplo las que presentan las personas adictas a las drogas, quienes cuentan con una oferta importante de comunidades terapéuticas, desde privadas hasta las que reciben subvenciones del Estado, pero difícil es para aquellas personas duales, es decir, las que además de ser adictos tienen una patología mental. Para ellos es complejo y difícil encontrar un lugar donde puedan obtener un tratamiento integrado y a su vez digno.

A la lucha por la creación de dispositivos efectivos para atender las demandas de la comunidad, se suma el desafío en la educación para la comunidad en materia de salud mental. Muchos profesionales señalan que para la comunidad, los problemas de salud mental no serían una prioridad.

“Para nosotros es una necesidad. No nos ha ido muy bien con eso, porque hemos convocado y ahora estamos a la espera. El tema de la salud mental para la gente no es entendido desde esa mirada más amplia. Para la comunidad son problemas puntuales”. (Psicóloga).

El tiempo que duró, y aún persiste en algunos lugares, el modelo asilar, provocó en la conciencia de las personas con enfermedades y en la de sus familiares, una pérdida importante de sus derechos como individuos, acostumbrados a la estigmatización y a sentir en sus rostros las miradas llenas de acusaciones y categorizaciones como personas inferiores, hoy no se sienten con derecho a participar de lo que ellos creen un beneficio de parte del Estado y una consideración

de la sociedad civil; están llenos de temores, porque fueron privados de sus derechos por largos años y obligados a llevar una vida indigna para un ser humano. La sociedad entera tiene una deuda con todas estas personas que fueron ignoradas y atropelladas en sus derechos básicos.

6. Posición Institucional

Como se ha señalado, el modelo de Psiquiatría Comunitaria se presenta como revolucionario, no solamente en el abordaje en cuanto a tratamiento de la enfermedad, sino que, además, impulsa a la organización comunitaria en la identificación de las razones de fondo de la creciente aparición de las enfermedades mentales. En este sentido, se hace referencia a un modelo económico que no considera necesariamente la calidad de vida de las personas.

En este sentido, los profesionales identifican cierta contradicción en la adopción de este modelo de intervención por parte del Estado chileno.

“Yo creo que ésta es una política contradictoria, ya que el trabajar comunitariamente es peligroso para el Estado en la medida que la gente se organiza e identifica el fondo de sus “males” y este fondo responde a un modelo injusto al cual el Estado le hace reverencias”. (Asistente Social 2)

El sentir de los profesionales acerca del nuevo modelo y el contexto socio político y económico que prevalece en nuestro país son dos polos opuestos. No es de extrañar que el gran número de personas que presentan trastornos mentales pertenecen a los sectores más pobres de nuestro país. El desempleo, el bajo nivel educativo y cultural, la falta de vivienda son, sin duda, factores de riesgo para la salud mental de la población.

El modelo pretende no sólo integrar a la comunidad y a las personas marginadas por su condición, sino que empoderarla para que sean actores activos, participando de las planificaciones de la política en salud y siendo los vigilantes de su adecuada realización.

Otra de las más frecuentes críticas que se le hacen a la postura de las instituciones gubernamentales en el tema de la salud mental, es que no se ha puesto énfasis en darle la connotación de discapacidad. Los profesionales señalan sentirse el “pariente pobre de las discapacidades”.

“Mi opinión personal es que nunca he visto una postura definida por el Ministerio, en la que yo diga ésta es la política definida en cuanto a la salud mental. Casi nunca se habla del tema de la discapacidad. Fuimos a un congreso de discapacidad en Coquimbo, donde fueron muchas autoridades y básicamente se habló de la discapacidad de casi todas las áreas, donde se reflejó que el pariente pobre de las discapacidades, es la discapacidad psíquica”.

(Asistente social 4)

Reciente es en nuestro país la incorporación de la enfermedad mental a las políticas que apuntan a la discapacidad, y es que hasta los años cincuenta no se había desarrollado ni cambiado la estructura de los servicios psiquiátricos en su modelo asilar. Esta situación se repite en muchos países y es por ello que la Organización Mundial de la Salud consideró la importancia y la urgencia de dar mayor protección y promoción a la salud mental.

7. Aplicación del Modelo

En lo que se refiere a la aplicación misma del modelo, los profesionales manifiestan que lo que se señala en el Plan de Salud Mental y psiquiatría emanado desde el Ministerio de Salud, no concordaría con la realidad concreta.

“El Plan Nacional está súper bien elaborado, es un documento muy bonito, pero a la práctica hay un trecho enorme que es tierra de nadie y nadie lo asume. Es decir que en el discurso es muy lindo. Pero cuando uno va a la población se da cuenta de la tremenda brecha que existe entre lo que propone el plan y la realidad concreta. El plan tiene muy buenas intenciones”.
(Asistente Social 2)

Lo señalado estaría relacionado en gran parte con los recursos económicos que nuestro país invierte en salud mental.

“Está claro que según las recomendaciones de la OMS, debería el 10%, al menos, del presupuesto global de salud, ser destinado a salud mental y en Chile son dos”. (Psiquiatra 1)

Este déficit de inversión en salud mental es más crudo aun si se considera que en Chile el 22% de la población padece de una enfermedad mental (Rioseco, V., Revista Medicina Chile v.130 n5: 527-536). Es decir que ni el 5% que teóricamente se tiene destinado a la salud mental, según el Plan, alcanzaría para hacer frente a esta realidad. En la actualidad del presupuesto de salud, se destina un 2% para la salud mental.

“El plan nacional, es un plan que está hecho de forma empírica dentro de la dictadura. Cuando alguna vez hemos hecho el ejercicio en el Ministerio de perfilar o dimensionar cuál es la necesidad de recursos versus el Plan Nacional, es tan inmensa esa necesidad que no habría profesionales en todo el país suficientes para cubrirlo” (Psiquiatra 1)

A pesar de los deseos de la dictadura de acabar con cualquier intervención que pudiera empoderar a la población, durante su período se desarrollaron experiencias a lo largo del país. En la actualidad contamos con un Plan Nacional de salud mental sólo queda por hacer la inversión para que se disponga de recurso económico y humano para la atención en salud mental.

8. Inserción y Reacción de la Comunidad

Establecer acuerdos de colaboración entre los distintos actores, tendentes a avanzar en un programa común de orientación comunitaria y una red asistencial única centrada en el territorio, es el desafío que tiene el modelo.

Las unidades existentes han ampliado de forma importante la oferta asistencial anterior, pero no han dado respuesta a los objetivos de cambio asistencial definidos para las mismas, consistentes en servir de soporte de los centros de salud y desarrollar una atención psiquiátrica global, cada vez más comprehensiva y centrada en recursos comunitarios

La inserción en la comunidad se presenta como desafío que paulatinamente se lleva a cabo. Según los profesionales, la coordinación interna, los vínculos entre profesionales de los distintos niveles, ha demandado tiempo en consolidarse, lo que genera que la inserción en la comunidad misma haya presentado retrasos.

“Esta es una etapa que se está cumpliendo. Hay comunicación con los médicos, con los componentes de los equipos. Desde este nivel hospitalario con los consultorios. Inserción con la comunidad misma no se ve tanto”. (Psiquiatra 1)

Sin embargo, las personas que se atienden con los equipos que se encuentran más cercanos territorialmente a la comunidad, consultorios y COSAM, los perciben cercanos y accesibles. Probablemente su inserción se viene desarrollando desde antes de la aplicación del modelo.

La inserción en la comunidad por parte de profesionales de la salud pública, hace cambiar una serie de percepciones que las personas, principalmente pobladores, tenían respecto de ellos.

“La proximidad que el equipo pueda lograr con la gente, con las familias, con la comuna, yo creo que hace terminar con este prejuicio de que los profesionales de la salud, el médico, eran estos omnipotentes inalcanzables que prácticamente había que tener mucha suerte como para acceder a tener contactos con ellos”. (Asistente Social 3)

El nuevo modelo plantea en su integración en la comunidad, incorporar al saber científico, el saber popular y hacer de ellos el conocimiento con el cual se abordará las prácticas de la salud mental en la comunidad. Valorar la subjetividad de los individuos, el respeto a su integralidad.

Con este nuevo enfoque la comunidad valora y acoge la iniciativa de los equipos de salud mental, abriendo nuevos escenarios para la comunicación entre usuarios y médicos.

“Es muy buena la reacción de la gente cuando ve al psiquiatra entrar a sus casas. Es como no creerla de principio. Después ellas reflexionan de que el hecho de que venga a mi casa, que sabe de mi vida, es muy importante y refuerza el vínculo y sobre todo la adherencia al tratamiento, especialmente en aquellas personas que mantienen un síndrome paranoico, que sienten que todo lo que les rodea va en contra de ellos”. (Psiquiatra 1)

La intervención en la comunidad hace posible que personas que han estado encerradas y a veces expuestas a malos tratos, cambien la percepción que tenía de los médicos o cualquier otro profesional relacionado con el hospital. Bajo esta perspectiva, el médico o el profesional que atiende el caso, tiene mayor posibilidad de crear un vínculo de confianza entre los usuarios y sus familias.

9. Recursos Humanos y Materiales

El sector salud enfrenta un déficit estructural histórico en lo relativo al financiamiento. De este hecho dan cuenta, cada cierto tiempo, colapsos en los servicios, huelgas de los trabajadores, etc. El presupuesto del sector salud para la salud mental es aún más crítico, y si bien al respecto hay una mejoría, esta se hace insuficiente considerando las demandas existentes en salud mental.

Con el nuevo modelo se acentúa más el déficit presupuestario. Según los profesionales de la salud mental, los recursos humanos y económicos no dan a basto para la realización de la intervención comunitaria.

“Los recursos no son suficientes. Hasta hace muy poco tiempo había solo una asistente social para los tres equipos”.
(Asistente Social 1)

Incluso en algunas oportunidades, son los profesionales los que, con recursos económicos propios, financian algunas actividades.

Muchos de los centros de asistencia en salud mental, no registran como imprescindible la incorporación del Asistente Social al equipo de trabajo. Esto es muy contradictorio a la hora de revisar los planteamientos del nuevo modelo, en el cual se integra no sólo a los profesionales de la salud, sino que, y de gran importancia para la incorporación en la comunidad, a los profesionales del área de las ciencias sociales. En algunas unidades de salud mental, al Asistente Social se le delegan las visitas domiciliarias como mero instrumento de información, además de no otorgar tiempo ni recursos para dicha actividad.

“No, no, yo creo que falta una enorme cantidad de recursos. A veces tenemos que costear desde nuestro bolsillo algunas actividades. O más bien, buscar donaciones que permitan realiza algunas actividades”. (Asistente Social 3)

Existe la teoría que la inversión en recursos humanos para una intervención comunitaria, se convierte en un capital que se va ampliando con el pasar del tiempo en la medida que los mismos pobladores, usuarios y familiares van adquiriendo experiencia en el trato con el paciente, la que sería replicada posteriormente por ellos mismos en la comunidad. Sin embargo, esta lógica de razonamiento requiere de políticas apuntadas al logro de metas al largo plazo.

“...a la larga este modelo ahorra. El hecho de tener más gente capacitada en la comunidad, va a tener menos morbilidad en la comunidad. Mientras tenga más personal en la calle, es más el capital social que se puede cosechar al largo plazo. Pero al parecer las políticas de hoy son al corto plazo y no se piensa en este tipo de inversión. Es una cosa de estrategia, ya que es una inversión rentable”. (Psiquiatra 1)

Se ha dicho desde un principio que el modelo basado en psiquiatría comunitaria no implica más costo, ni tampoco podemos decir que produce ahorro. Las políticas de salud deben traspasar los recursos materiales para la creación a largo plazo de los recursos humanos, sin desmerecer que se necesita ampliar el presupuesto en salud mental actual.

10. Vínculos

Los vínculos o relaciones que se establecen entre dos o más personas o instituciones corresponden u obedecen a la realización de un objetivo en común, siendo ésta la mayor razón por la cual se crea un vínculo.

“El concepto de red alude a los vínculos que se establecen entre personas, grupos y/o instituciones que teniendo cada uno sus propias características y particularidades, reconocen las necesidades básicas de crear logros y aunar esfuerzos para el cumplimiento de objetivos comunes. Compartiendo un espacio de igualdad, donde las relaciones son horizontales y se reconocen los distintos saberes y aportes”. (Red de servicio de salud mental y psiquiatría; 2006: 12)

Los vínculos se presentan como claves para conseguir los objetivos planteados. Los profesionales manifiestan que al existir vínculos estrechos y no formales, se genera una construcción sólida de utilización de la red asistencial por parte de los usuarios.

“los vínculos son la base de la red. Esta red que une diferentes componentes: la comunidad, el consultorio y el hospital. Aquí se necesitan vínculos que siempre tienen que ser informales. Las relaciones informales muchas veces dan más solidez en el tiempo, que va más allá de lo explícito. Estos vínculos son los que mantienen a la red de pie, no los documentos escritos”.
(Psiquiatra 1)

La relación no burocrática de los equipos de trabajo en salud mental, han generado las bases para el intercambio de conocimientos de las distintas disciplinas que allí operan. La fluidez de la comunicación entre los profesionales permite abordar con mayor precisión los factores de riesgo en la población consultante. El vínculo en los equipos de trabajo permitirá también la formación y solidez de las redes asistenciales en salud mental.

El establecimiento de vínculos se presenta de forma personalizada, a diferencia de la impersonalidad que se registraba en décadas anteriores en los servicios de salud pública.

“Los vínculos que se desarrollan con los usuarios son netamente personalizados. Desde que te aprendes sus nombres y su historia de vida. Qué es lo que pasa con ellos y su familia”.
(Asistente Social 2)

Este vínculo permite que los usuarios se identifiquen con sus tratantes, se sientan sujetos de pleno derecho y también con deberes que cumplir, lo que permite una mayor adherencia al tratamiento. Además genera una activa participación de los usuarios en los establecimientos de salud.

“Los vínculos se han ido mejorando cualquier cantidad, ya no es el psiquiatra relacionado con locura, sino que al psiquiatra los pacientes le dicen médico o la nombran por su nombre. Las relaciones que se establecen con otros profesionales son muy cordiales, muy afín. Cuando viene un paciente habla con los auxiliares, con la enfermera. Los vínculos se han ido estrechando cada vez más. Ellos por ejemplo para las actividades de fechas importantes, los pacientes se preocupan de adornar el consultorio. Nosotros les conseguimos los materiales y ellos aportan ideas para adornar esto”. (Asistente Social 4)

En algunas unidades de salud mental, se han generado sin mayores problemas relaciones interpersonales, tanto entre los profesionales y técnicos, como con los usuarios y sus familiares. Esto obedece a la concepción ideológica de los equipos de salud y de las autoridades de los centros en salud mental y psiquiatría.

11. Participación

El informe sobre la salud en el mundo de la OMS del año 2001, en el lema “sí a la atención, no a la exclusión”, plantea involucrar a las familias, usuarios y comunidad.

“las comunidades, las familias y los consumidores deben participar en la formulación y la adopción de decisiones sobre las políticas, los programas y los servicios” (OMS; 2001: 29)

La participación de los usuarios y sus familiares en lo que respecta al tratamiento y las diferentes actividades que emanan de él, es un desafío que los profesionales han debido enfrentar.

“Falta mucho camino por recorrer. Las familias, si bien es cierto, algunas ya van intentando entender que deben estar más comprometidos con el tema de sus derechos y sus deberes. Y en el caso de los usuarios también falta harto”.
(Asistente Social 2)

Por una parte, el ejercicio de los derechos y deberes de las personas con trastorno mental, no son del conocimiento de todos los usuarios y tampoco de los familiares. No ha existido una difusión al respecto sobre las declaraciones internacionales y tampoco las legislativas en nuestro país. Por lo que no es raro que las personas con trastorno mental no tengan claridad sobre las exigencias que les corresponde realizar en tanto sujetos de pleno derecho.

En otros casos, hay quienes niegan la existencia de alguna patología dentro de su núcleo familiar.

“El problema radica en que tanto para los familiares y los usuarios, hay una negatividad con respecto a la enfermedad. De no querer asumir que tienen una patología psiquiátrica y

eso tiene que ver con todo el estigma social que significa ser, por ejemplo, esquizofrénica.” (Psiquiatra 2)

Es tanto el dolor y la estigmatización que sufren las personas con enfermedad mental por parte de la sociedad, que llegan a negar la presencia de ésta. Este hecho tiene gravísimas consecuencias. Por una parte, al negar la enfermedad, los vínculos familiares se entorpecen y debilitan hasta llegar a la destrucción familiar. La situación es más crítica en el sentir de la persona que padece la enfermedad, se siente aislado y sin apoyo ni siquiera familiar. Por otro lado, la negación no permite el tratamiento a tiempo, ocasionando mayores perturbaciones en la mente del enfermo.

CONCLUSIONES

El Plan de Salud Mental y Psiquiatría que se proyectó hasta el año 2010, y que pretende en primera instancia, devolver el respeto a los derechos de las personas con enfermedades mentales y un posible desarrollo humano, es una red de servicios, que en su conjunto conforman el modelo de atención en salud mental. Esta red está compuesta por diversos dispositivos o unidades de servicio cercanos a la comunidad, con los cuales se pretende capturar las necesidades de la población, considerando sus características demográficas, socioeconómicas, culturales, étnicas y epidemiológicas.

Para contribuir a la aplicación del Plan de Salud Mental y Psiquiatría el Ministerio de Salud consideró necesario establecer un “Área de Demostración”, donde se pudiera desarrollar el nuevo modelo de atención en salud mental y psiquiatría. El Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS), elegido como lugar para desarrollar la estrategia señalada, se comprometió a trabajar en forma coordinada con el Ministerio de Salud con el fin de aportar y facilitar el desarrollo del nuevo modelo de atención. Por este motivo, este estudio fue desarrollado en la Unidad de Salud Mental y Psiquiatría del Hospital Barros Luco, perteneciente al SSMS y con él se pretende describir la percepción de usuarios y ejecutores profesionales acerca de la aplicación del Programa de Psiquiatría Comunitaria del Hospital Barros Luco en la Comuna de Pedro Aguirre Cerda. Para ello, se realizó un acercamiento teórico al tema de la Psiquiatría Comunitaria, así como también se participó por un tiempo de dos meses en las diversas actividades que realiza el equipo de profesionales.

Entre los compromisos que se asumieron al establecer el “área de demostración”, está la constitución de un equipo de trabajo de profesionales del SSMS y MINSAL los cuales asumirán la tarea de “conducir técnicamente y coordinar el desarrollo del nuevo modelo para la atención de Salud Mental y Psiquiatría. Con una alta calidad en la atención a la población beneficiaria del Servicio, el que sirva a la vez como un espacio de formación de RRHH, de investigación operativa y para demostrar la

efectividad y eficiencia del Modelo”. (Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, SSMS; s/d:1)

El equipo de SM y Psiquiatría, en su trabajo con las personas de la comuna de PAC., ha realizado en primera instancia lo que ellos llaman psicoeducación con los usuarios y sus familiares, lo cual consiste básicamente, en educar acerca de la enfermedad. Las personas que se encuentran en tratamiento, consideran positivo para su rehabilitación el tener conocimiento acerca de la enfermedad que padecen, sus síntomas y tratamiento, manifiestan que les permite incorporarse y relacionarse con sus familiares y con la sociedad en general. Adquieren un compromiso en el cumplimiento del tratamiento farmacológico, minimizando el número de hospitalizaciones. Incorporan herramientas para sobrellevar y enfrentar de mejor manera las posibles crisis, además de transmitir su conocimiento a otras personas, y así amortiguar el estigma social. Sin lugar a dudas, la psicoeducación tanto a personas con la enfermedad como a sus familias, claramente ayuda a sobrellevar de mejor manera la enfermedad, acaba con la angustia de no saber porqué se ingieren los medicamentos o qué hacer frente a un episodio de crisis.

Este conocimiento acerca de la enfermedad es necesario que lo manejen las personas que padecen la enfermedad y sus familiares. Cabe señalar que las personas entrevistadas en su totalidad cuentan con apoyo familiar, ya que fue uno de los requisitos a considerar en la selección de la muestra. Por otra parte, para estar dentro del programa de salud mental y psiquiatría, deben contar con un tutor responsable, que en su mayoría es un familiar directo.

El acompañamiento que hacen los familiares a la persona con trastorno mental, es percibido por ellos como un factor importante, ya que la familia de algún u otro modo, satisface las necesidades biológicas y de afecto. Los entrevistados manifiestan la importante labor que realizó el equipo de profesionales con sus familiares. La constante comunicación, el abordar el tratamiento en conjunto con las familias y el informe de los pasos a seguir, generaron en los familiares un especial

interés en cómo colaborar y ser un aporte en la recuperación de su familiar. El apoyo que ha brindado el equipo de profesionales a los familiares en cuanto al aprendizaje de la enfermedad, sus posibles causas, cómo enfrentar y desarrollar sus vidas para evitar futuras crisis, etc., es sin lugar a dudas una de las ventajas que tiene el modelo.

Entre los factores que se destacan en el aporte al tratamiento, están las actitudes constructivas o la resistencia a la presión social, los cuales establecen el estado psiquiátrico del paciente, la mayor adhesión al tratamiento, el bajo número de hospitalización y una posible reinserción laboral. Es decir, que las familias, aún cuando hayan cambiado su estructura y funcionalidad, presentan la fuente principal en los cuidados y conexión entre sociedad y personas con enfermedad mental. Para el modelo de atención psiquiátrica, la familia es una fuente importante e imprescindible de recursos, ya que el modelo propone que la persona con trastorno mental pase el mayor tiempo al lado de su familia, inserto en la comunidad.

De algún modo, las familias se han ido incorporando a los tratamientos y en la medida que la persona con trastorno mental está compensada, hay una mayor disposición en colaborar. En las personas con alguna enfermedad mental, los momentos de crisis pueden ser más frecuentes y con mayor profundidad, de ahí la importancia que tiene el saber identificar y pedir ayuda en el momento oportuno, así se evita y disminuye los síntomas desagradables de una crisis.

Los espacios que se generan con la participación de usuarios del Programa y el aporte de los profesionales, enriquece y educa a la población acerca de la enfermedad. El compartir las experiencias frustrantes que les toca vivir a diario a las personas con trastorno mental y la manera de abordarlas, les ha permitido a las personas del Programa manejar con mayor precisión la situación de estrés y evitar que se llegue a peores términos.

Uno de los puntos importantes para el cumplimiento de otros factores que deben ser abordados para una atención psiquiátrica basada en el modelo en estudio, es la disponibilidad de la atención, sin la cual no se podría hablar de una atención que considere el tratamiento de las personas, en y con la comunidad. La disponibilidad de atención está dada principalmente por el número de profesionales v/s usuarios que son atendidos.

El MINSAL se comprometió a aportar recursos humanos para el equipo de trabajo, así como a brindar la orientación técnica necesaria. Lo cierto es que, a pesar de la apreciación que tienen los usuarios acerca de la disponibilidad de los profesionales para ser atendidos, en terreno se pudo constatar que la realidad no es lo que se esperaba. El número de profesionales que atiende no es proporcional a las demandas que se presentan, ya que los mismos profesionales deben atender a los controles y urgencias de la población con trastorno mental de la comuna de PAC, y además coordinarse y acudir a las reuniones y gestiones de la red de salud mental. Esto se transforma, por un lado, en largas horas de espera para los pacientes y, por otro, en espera o reuniones fallidas entre los grupos que conforman la red de salud mental.

El tema de coordinación entre la red de salud mental y psiquiatría, no es algo menor si pensamos que la puesta en marcha de un modelo como el de psiquiatría comunitaria es compleja, debido a que se necesita apoyo y disposición de muchos sectores. Si consideramos que lo más eficaz para la intervención, como lo plantean algunos autores, es que se tenga un profesional por cada diez pacientes, se puede decir que no existen los recursos humanos necesarios para una intervención adecuada. Es claro que se necesita invertir más en recursos humanos y materiales, para que se haga efectivo el acompañamiento tanto a las personas con trastorno como a sus familiares, evitando una posible recaída por la falta de atención oportuna, como también para evitar el abandono por parte de las familias debido a la falta de apoyo desde las instituciones responsables.

El abordaje de las atenciones psiquiátricas, implica un mayor recurso humano, dedicado a las necesidades de los usuarios en su conjunto. Se requiere tiempo para acercarse a la comunidad y conocer desde allí la realidad de cada persona, su entorno familiar y social, sus potencialidades y sus dificultades para el abordaje de su enfermedad y para la reintegración en la sociedad.

El modelo de psiquiatría comunitaria, con el desafío de educar a la comunidad, busca integrar y comprometer a la sociedad en general, en el proceso de recuperación y reintegración de las personas con trastorno mental a su vida social. Las personas con enfermedades mentales siguen siendo objeto de discriminación por parte de la sociedad en general, ya sea por la falta de información y conocimiento acerca de los trastornos mentales, o por el sólo hecho de sentirnos superiores. De alguna u otra forma hacemos sentir nuestra indiferencia con la realidad de aquellas personas. Sin embargo, es por ello que el primer trabajo que se hace en el Programa, es la recuperación de la autoestima y educación, lo cual es el punto de partida para recuperar el derecho de ser tratados como todo ser humano sujeto de derecho.

La sociedad de hoy, no privilegia las relaciones humanas, se basa en el individualismo y el objetivo de siempre es ser el primero. En las relaciones priman los beneficios más que los afectos, es una sociedad que día a día se llena de superficialismo y de cosas banales.

Las personas que comparten alguna enfermedad en común, tienen mayor facilidad para abrigar relaciones interpersonales. Las características en común hacen mejor y más profunda la relación. En las personas con trastorno mental, las relaciones con sus pares es más fluida, no deben hacer esfuerzo por parecer lo que no son.

Las personas del Programa en estudio saben que relacionarse con alguien que no padece su enfermedad es muy difícil, el esfuerzo que ellos hacen para que el resto

de la población no les tengan miedo o simplemente los respeten como seres humanos, es la fuerza que pierden en la reintegración al mundo social y laboral. Muchos de ellos, que padecen enfermedades más severas, comúnmente se hacen dependientes de algún familiar, impidiendo cualquier posibilidad de comunicación con otras personas. En el Programa que se estudia, los participantes tienen características bastante sociables, son personas en su mayoría autónomas y con mucha claridad del entorno en el que habitan. Los talleres que realiza el Equipo, les ha servido de refuerzo a su autoestima y, por ende, han derivado en una mayor facilidad para relacionarse con sus pares. Han aprendido a compartir, y el espacio que se genera, lo reconocen como una fuente de apoyo, en el tratamiento y recuperación de su enfermedad. Facilitar su relación con el resto de la comunidad, es un trabajo que nosotros debíamos hacer, y para eso debemos educarnos en el tema y concientizarnos sobre las enfermedades mentales.

Muchas de las personas con enfermedad mental, pasaron años encerrados sin tener actividad que considere la dignidad y calidad de vida de un ser humano. Es por ello que el acompañamiento para aquellas personas es fundamental.

En el tratamiento de las enfermedades mentales se habla de “acompañamiento terapéutico”, el que es entendido como el vínculo que se establece entre la persona con trastorno, su familia y el profesional. Este vínculo es fundamental que se desarrolle entre estas personas, ya que de eso dependerán en gran parte los logros del tratamiento. A pesar del tiempo escaso que los profesionales tienen para abordar las diversas funciones que deben cumplir, los usuarios del Programa dicen sentirse acompañados, entendidos, satisfechos con lo que el equipo ha logrado, y es que en muchos casos el equipo ha restablecido los lazos familiares, además de servir de puente para la integración en la comunidad. Ser más independientes, más autónomos y tener una vida más o menos normal integrada a la sociedad, basada en el derecho de las personas, es lo que se espera obtener con las personas que pertenecen al Programa.

El acompañamiento terapéutico que se realiza en el Programa, está vinculado a la rehabilitación psicosocial, la cual brinda a las personas con trastorno mental mecanismos para evitar o aminorar los síntomas de la enfermedad, así como incluye a las familias y a la comunidad en el proceso de recuperación, para lo cual mantiene a la comunidad en general informada mediante la campaña de prevención y promoción de la salud mental.

En este traspaso de conocimiento, los profesionales que trabajan en el área de la salud mental, no sólo deben ser capaces profesionalmente, sino que, además deben tener voluntad, iniciativa, compromiso y formación para desarrollar relaciones basadas en el respeto de la persona como sujeto de derecho. Las relaciones que se establecen entre las personas que asisten al programa de salud mental y los profesionales son basadas en la confianza y en el apoyo por parte de los profesionales. Las personas que allí asisten manifiestan ser escuchadas y orientadas cada vez que lo necesitan.

Todos los elementos que comprende el modelo de psiquiatría comunitaria, se inscriben bajo los derechos y deberes de las personas con enfermedad mental. El modelo viene a devolver el derecho que se sentía perdido por la enfermedad. Todas las personas que tienen algún problema psiquiátrico, han sufrido abusos y el impedimento para alcanzar la vida plena que todo ser humano tiene derecho a desarrollar, por el sólo hecho de tener una enfermedad que por el resto de las personas es considerada como una desigualdad en el más amplio sentido de la palabra. Es por ello que pierden sus derechos sociales y civiles. Urge una ley que resguarde a las personas con enfermedad mental, para que el respeto de sus derechos no quede sujeto sólo a la voluntad de las personas.

Si bien se ha avanzado en términos de provisión de servicios y asignación de recursos para la atención de los problemas de Salud Mental, nuestra sociedad todavía levanta importantes barreras culturales, institucionales y legales que

impiden que las personas que presentan algún tipo de enfermedad mental puedan integrarse en pleno derecho.

En el Programa estudiado se encontraron usuarios que reconocen como uno de sus derechos, el ser tratados como personas, algunos esbozan frases del derecho como pacientes, pero en su mayoría no tienen claridad que son personas con derechos y libertades fundamentales reconocidas por los instrumentos internacionales ratificados por los Estados Miembros de la OPS/OMS.

La percepción que tienen los usuarios frente al Programa de salud mental, es satisfactoria. Muchos reconocen los beneficios que experimentan en la actualidad, y aunque no saben que la metodología del equipo de salud mental responde al nuevo modelo de psiquiatría comunitaria, advierten sentirse más estables y por sobre todo, sentir que el trato hacia ellos se humanizó. Por lo tanto, la hipótesis sobre la mejoría en la calidad de vida de los usuarios que son atendidos con el modelo de psiquiatría comunitaria ha sido comprobada.

Además de conocer la mirada que tienen los usuarios del Programa, sabremos cuál es la opinión que tienen los propios ejecutores al aplicar en su metodología de trabajo los principios del modelo de psiquiatría comunitaria.

En cuanto a la metodología del modelo en cuestión, se puede decir, que el modelo centra su quehacer en el sujeto, y parte de la base que el medio y el recurso para una intervención rehabilitadora es la inserción en su propio medio, en su hábitat. Considera las particularidades de cada persona plantea que se requiere del apoyo de la comunidad, de su familia y por sobre todo, es un modelo donde la persona que padece el trastorno es considerada como parte importante y activa en el proceso de rehabilitación y reintegración a la vida comunitaria.

Desde la metodología que utiliza la psiquiatría comunitaria se desprende la gran diferencia que tiene con el modelo clásico. Al plantearse una metodología de

intervención que considere al sujeto en su totalidad, se plantea también la necesidad de desarrollar un vínculo estrecho entre el profesional y el usuario. La crítica que hace al modelo clásico, es la ausencia de vínculo entre ambos actores y la segregación que se genera al hospitalizar a un enfermo y separarlo completamente del medio en el que vive. Por el contrario, el modelo de psiquiatría comunitaria, busca una intervención dentro de la propia comunidad, considerando que la rehabilitación no sólo implica una disminución de síntomas, sino que tiene que ver con el conjunto de factores que influyen en la vida y la estabilidad de las personas que padecen un trastorno mental.

Para el éxito de la intervención basada en el modelo de psiquiatría comunitaria se hace necesario cumplir con ciertos requisitos. Entre los más importantes para el desarrollo del modelo, se encuentra el nivel de coordinación entre los actores, específicamente del área de salud. El tema requiere de un cambio paradigmático en todas las áreas, entendiendo que el problema de salud mental tiene que ver con la totalidad de las personas, donde el sistema económico, social y político ejercen la mayor influencia en la salud mental de los seres humanos. Es sabido que los actores de la salud involucrados con la metodología de la psiquiatría comunitaria, cumplen roles diferentes a los acostumbrados. Los profesionales que integran los equipos de salud mental son parte importante en el éxito de la implementación del nuevo modelo. Su disposición, conocimiento y experiencia dará como resultado, por un lado, calidad en la entrega de cada uno y, por otro, el producto obtenido como equipo.

La Red de Salud Mental del SSMS, lugar en donde se realizó el estudio, está compuesta por diferentes dispositivos tanto del área de la salud como los comunitarios, entre los que se encuentran: Consultorios, Hospitales Generales, COSAM, CRS, Hospitales de Día, Hogares Protegidos, entre otros; todos ellos dicen relación con una atención integral y más cercana a la comunidad. Se ha planteado que la diferencia entre el modelo clásico y el modelo comunitario está básicamente en el vínculo y cercanía entre los actores, en lo enriquecedor que resulta para el

tratamiento el conjunto de visiones de los profesionales, tanto de la salud como del ámbito social.

Pero en la práctica, la realidad de la red de salud mental y psiquiatría es otra, no existe coordinación y tampoco retroalimentación entre los profesionales y esto pasa porque el número de profesionales es muy escaso. Anteriormente se había planteado que el número de profesionales no es suficiente en relación con las demandas existentes. No hay tiempo suficientemente para abordarlas; por un lado están las reuniones que se deben hacer como equipo de salud mental, y por otro, las reuniones con la red de salud mental, sin contar con el tiempo que se requiere para la aproximación e inserción en la comunidad.

A pesar de todo aquello, el equipo de salud mental en estudio ha logrado la cohesión que les permite desarrollar con mucho esfuerzo parte del Programa de Salud Mental. Es clave el compromiso de los profesionales que trabajan en ésta área, sin embargo, nuevamente salen a luz los escasos recursos con los que opera la salud en nuestro país y para qué decir, de los que dispone la salud mental.

No obstante, el éxito no sólo se debe a la capacidad de los profesionales, sino que tiene que ver con diversos factores como el desarrollo a nivel local, los recursos materiales y por último con el compromiso de las autoridades. Estas últimas muchas veces obstaculizan la retroalimentación e intercambio de conocimiento y experiencias entre profesionales, restando importancia a lo que significa traspaso de conocimiento. Nuestra realidad como país no cuenta con un número importante de profesionales con una preparación en el ámbito comunitario, es por ello que se hace necesario que los equipos más avanzados en esta área, compartan sus conocimientos con los otros equipos que recién se están formando.

El Equipo en estudio, posee una vasta experiencia y preparación en el ámbito comunitario, lo cual se podría traspasar a los equipos que conforman la red,

lamentablemente esto no sucede, por una parte debido a los recursos, tema ya tratado, y por otro a la voluntad de las autoridades.

El trabajar en red significa que múltiples organismos del área institucional y civil, convergen por un objetivo, por lo que la labor se hace compleja y difícil de desarrollar, pero sin embargo, necesaria si se quiere aplicar como modelo de intervención, el comunitario. Desde la óptica de algunos integrantes del Equipo de profesionales en estudio, el Trabajo en Red es aún incipiente. Para su desarrollo se necesita voluntad por parte de las autoridades del área de salud que están más cerca de la comunidad como lo son los Centros de Atención Primaria, los cuales administrativamente obedecen a los Municipios. Desde aquí se necesita generar un cambio en la visión que se tiene de la comunidad.

Los centros de Atención Primaria tienen la ventaja de conocer con mayor exactitud las necesidades y las fortalezas de la comunidad, por su cercanía con la población puede generar mayor impacto en los usuarios y estar más accesibles a las consultas. Sin embargo, éste es una parte del conjunto de los dispositivos que componen la red de salud. Si bien, tiene un rol específico por el lugar estratégico que ocupa, no tiene más responsabilidad que los otros centros, ya que el trabajo pensado con una metodología comunitaria es compartido.

La descoordinación del trabajo en red, ha ocasionado serios problemas a las personas que no tienen red familiar. Algunos, como lo menciona una profesional del Equipo, terminan durmiendo en las salas de espera del servicio de urgencia. La falta de dispositivos comunitarios es una falencia sentida por los usuarios así como por los profesionales, que se ven atados de manos a la hora de dar de alta a un usuario. La escasez de hogares protegidos y los cupos limitados hacen imposible descongestionar los hospitales. Las autoridades son las encargadas de llevar los compromisos a una política de gobierno y también los encargados de vigilar que ésta se cumpla.

Durante largos años que los usuarios del hospital psiquiátrico permanecieron encerrados producto del modelo asilar de antaño, perdieron toda voluntad y autonomía, también les fueron arrancando día a día sus derechos como ciudadano y después como personas, por lo que hoy no es difícil de entender el poco entusiasmo para participar en actividades que tienen que ver con su rehabilitación. Para ellos es extraño ser considerados, por ejemplo, en la toma de decisiones de alguna actividad a realizar, ya que por muchos años ni siquiera tenían derecho a saber cual era su diagnóstico o por qué eran amarrados.

Los equipos de profesionales del “área de demostración”, la cual tiene entre otras funciones, dar a conocer o demostrar hasta qué punto es posible de aplicar la metodología comunitaria en salud mental con nuestras características comunitarias y enmarcados en la política de salud mental actual, se refieren a una “política contradictoria”, ya que por un lado el plan de salud mental pretende que la población se organice y demande la satisfacción de sus necesidades, además de identificar los factores que amenazan la salud mental, y por otro, no otorga los recursos ni humanos ni económicos para su desarrollo. Cabe preguntarnos, si el modelo socio-económico imperante en nuestra sociedad hace posible la ejecución del Plan o, más bien, hace más visible y más profundas las desigualdades entre las personas.

Al aplicar el modelo de psiquiatría comunitaria, se deja ver la falta de recursos humanos y económicos y la carencia de la comunidad en términos organizativos, para poner en marcha el Plan de salud mental. Por sí sólo, el plan está muy bien estructurado; acoge las recomendaciones de la OMS; entrega poder a la comunidad para que se organice y ejerza sus derechos como ciudadano y además dispone de recursos humanos y financieros. En la práctica, la realidad es otra muy distinta a la que se escribe. Los profesionales que trabajan en salud mental, se encuentran con diversos problemas, desde los permisos para asistir a reuniones de equipos de la red de salud mental, hasta el no encontrar dónde enviar a una persona que se encuentra sin red familiar, por la falta de dispositivos en la comunidad.

Los obstáculos no son menores, y deben hacerse grandes esfuerzos para aplicar un criterio enfocado en la metodología comunitaria para el tratamiento de las personas. El presupuesto destinado a la salud mental es mucho menos del 10% recomendado por la OMS, lo que se destina a la salud mental en Chile es el 2% del presupuesto total de salud, cuando el plan destina (en el papel) un 5%. Los recursos tampoco han sido transferidos a la comunidad, es por ello que los dispositivos comunitarios para apoyar la red de salud mental son tan escasos.

En tanto, las personas quedan sin alternativas para vivir dignamente su enfermedad, lo que dificulta el seguimiento del tratamiento. Lamentable es también, la falta de profesionales trabajando en el área, para las necesidades existentes. Saraceno, B (2005) citado por Tejada, J (2007), dice que en Chile, según la enfermedad que se padece, entre un 23% y un 85% de las personas que necesita tratamiento, se queda sin atención. Es por ello que es imprescindible educar a la población para que reconozca los primeros síntomas de una enfermedad mental, y capacitar a los equipos de la APS que conforman la red de salud mental para un acertado diagnóstico y una derivación oportuna, si es necesario. Si la Red de salud mental funcionara, las cifras de atención a personas que padecen un trastorno mental, no serían tan lamentables.

Sin lugar a dudas, podemos decir que se ha hecho un cambio cualitativo en el abordaje de la atención psiquiátrica, sin embargo, todavía queda por hacer cosas tan importantes, como reemplazar las camas que fueron suspendidas en los hospitales psiquiátricos por dispositivos comunitarios, que sirvan como soporte a la población.

Las ampliaciones que se han realizado en el abordaje del tratamiento a las enfermedades mentales han carecido de visión a largo plazo, se han desarrollado programas a corto plazo que dificultan a las personas que trabajan en salud mental, proyectarse con un plan más integral que abarque desde la comunidad hasta los equipos de especialidad. En la teoría existe, y es Plan Nacional, sólo que en la

práctica quedan muchos dispositivos que no cumplen con el objetivo general, lo que no sólo tiene que ver con la motivación o capacidad de los equipos, sino que también con la disposición que tengan las autoridades correspondientes.

La comunidad, por su parte, evalúa positivamente la inserción de los profesionales en la comunidad, inserción que se traduce en la visita de un psiquiatra al hogar, por ejemplo durante una crisis, o la visita de otro profesional para educar sobre los cuidados, etc. Aquí el vínculo entre médico/paciente, es un vínculo basado en la confianza; con esta nueva relación se fortalece el vínculo familiar, además de adquirir un compromiso por ambas partes.

El modelo de psiquiatría comunitaria apunta a realizar un conocimiento único formado desde el conocimiento científico y el popular, con el cual se abordaría toda la temática de salud mental, desde la prevención hasta la reincorporación a la sociedad. Los profesionales reconocen que la incorporación del modelo comunitario a sus intervenciones, ha tenido resultados positivos en el tratamiento de las personas, con lo que se puede confirmar la segunda hipótesis establecida en el estudio.

En la actualidad existen organismos internacionales dedicados al cuidado de los derechos de las personas con trastorno mental. Gracias a ellos, hoy una persona que padece una enfermedad mental tiene derecho a ser atendido a la brevedad e informado acerca de su tratamiento. Sin embargo, se necesita poner en marcha políticas que resguarden aquellos derechos, además de incorporar con extrema urgencia un aumento en el presupuesto de la salud mental, ya que el actual recurso, tanto el humano como el material, no están a la altura de lo planteado por los organismos internacionales y tampoco acorde con lo necesario para la implementación del modelo comunitario.

El modelo considera la inserción del profesional en la comunidad, plantea trabajar en la comunidad y con la comunidad, pero en la práctica chilena, este planteamiento

es imposible si para ello no se dispone de profesionales que conformen un equipo de trabajo que tenga la garantía de una continuidad en su labor profesional, y que además se otorguen los recursos para las actividades necesarias. El éxito de la aplicación del modelo, en algunos casos, y es lo que se vivió en terreno, es sólo resultado de la convicción y el grado de involucramiento que tiene el profesional, algunas veces, son ellos quienes costean las actividades con la comunidad o buscan financiamiento con las redes de apoyo, las que muchas veces no tienen que ver con el área de la salud.

Si se revisa lo planteado por el nuevo modelo de intervención, se puede ver que la inversión es necesaria en la puesta en marcha. El modelo plantea una inversión con ganancias a largo plazo, si se piensa que al capacitar a la comunidad, se ganará un agente comunitario preparado en el abordaje de las enfermedades mentales y además una población preventiva en cuanto a las enfermedades mentales. A futuro se tendrá un capital humano en la propia comunidad.

Este capital construido con la solidez de las relaciones informales entre los participantes, asegura un trabajo continuo y perdurable en el tiempo. La creación de vínculos basados en la confianza, las relaciones informales entre pacientes y médicos o entre los mismos profesionales, han provocado un cambio radical a lo que hasta ahora se conocía, atrás ha quedado el sillón preferencial del psiquiatra. Esta nueva relación, ha permitido que las miradas a los problemas de la salud mental se resuelvan desde muchas ópticas, llegando a un consenso donde se privilegia la salud, por sobre la autoridad.

Sin embargo, estamos lejos aún de encontrar plena participación por parte de los usuarios de salud mental, muchos de ellos temen o desconfían de esta nueva relación, y no es de extrañar, ya que por años y aún en la actualidad han sido presa de malos tratos y burlas. Ninguno ha quedado libre de ser estigmatizado. Es por ello que muchas veces se niegan a la enfermedad, desaprovechando la oportunidad de ser atendidos a tiempo, empeorando su situación y por supuesto, su relación familiar

y social. Esta situación deja en claro que no basta con realizar un Plan Nacional donde se escriba un propósito que está lejos de la realidad chilena, al menos mientras las autoridades no asuman que el cambio debe iniciarse desde arriba, pero involucrando a todos los estamentos. Mientras no haya una participación real en la toma de decisiones sobre las políticas de salud mental, las autoridades seguirán resolviendo en el papel, lo que los equipos de trabajo de salud mental y los usuarios viven en la realidad.

Por último, el Estado Chileno, al igual que otros países, acogió las recomendaciones de los Organismos Internacionales de la Salud, de prestar cuidado a la salud mental y a tomar medidas para llevar a cabo una estrategia de salud mental acorde con las características de la sociedad actual. En este marco es que se inscribe nuestro Plan de Salud Mental.

Sin embargo, si se quiere hacer un cambio real en el sistema de salud mental, entonces, paralelamente con el cambio de paradigma de las cabezas pensantes en esta área, se debe disponer de mayores recursos, tanto de infraestructura como recursos humanos, además de hacer un cambio estructural, a nivel institucional y administrativo, ya que muchos de los profesionales que integran un equipo de trabajo, no cuentan con la seguridad de continuar en su labor, lo que dificulta y obstaculiza el pleno desarrollo profesional.

Hay un trabajo largo por hacer y se necesita voluntad de todos los sectores públicos y privados para amortiguar la deuda social que se tiene con estas personas que han sido despojadas de su derecho a recibir una atención que respete su dignidad humana. Se sabe que los problemas de salud mental son multifactoriales, pero también se sabe que la enfermedad mental está estrechamente ligada con la pobreza, es decir, que la desigualdad es uno de los principales factores causantes de enfermedades mentales. La salud mental está estrechamente ligada con las oportunidades que se tienen de acceder a la salud, a la educación, al trabajo, es decir, que el riesgo de padecer una enfermedad mental tiene que ver con el grado de

bienestar en las tres áreas fundamentales para el desarrollo humano. Nuestras políticas de salud deben ser algo más que un plan escrito. La aplicación del modelo con nuestra realidad es difícil de concretar, sí para ello las políticas de salud siguen siendo tan añejas como lo es el modelo asilar.

Resumiendo, se puede afirmar que el estudio realizado en donde está inmersa la población usuaria de salud mental y psiquiatría de la comuna de Pedro Aguirre Cerda y a los profesionales que componen la Red de salud mental y psiquiatría que atiende a la población de dicha comuna, ha confirmado la primera hipótesis, en el sentido de que los usuarios del Programa de Salud Mental y Psiquiatría del Hospital Barros Luco efectivamente han percibido un mejoramiento de su calidad de vida a partir de la aplicación del modelo de psiquiatría comunitaria, beneficio que se ha expresado especialmente en sentir reconocida su dignidad humana, en un fortalecimiento del sistema familiar y en un cierto acercamiento entre las personas afectadas por una enfermedad mental y su comunidad, aunque en este aspecto continúa siendo muy incipiente.

Por otra parte, la segunda hipótesis, relacionada con la percepción de los profesionales sobre la efectividad del modelo en la recuperación de las personas con enfermedad mental también fue confirmada, aunque con mayores restricciones, puesto que ellos son más conscientes de las limitaciones derivadas de aspectos ajenos a su voluntad, como son la insuficiencia de recursos humanos y materiales necesarios para realizar en forma realmente efectiva y eficaz el plan de salud mental y psiquiatría tal como fue concebida. Más aún, debiera ponerse énfasis, ya que dicho Plan ha sido recientemente considerado con honores, al igual que el de Brasil, como los dos Planes Nacionales de Salud Mental con mayor éxito en Latinoamérica y el Caribe.

HALLAZGOS DE INVESTIGACION

La experiencia en psiquiatría comunitaria, que tuvo nuestro país antes de la dictadura, había crecido bajo el alero de un Estado benefactor y con una población organizada. Hoy la realidad es otra, de allí la importancia de evaluar si el Plan Nacional de Salud, desarrollado en el Hospital Barros Luco como “área de demostración”, es posible de aplicar con las características actuales de nuestra sociedad y con las políticas existentes en salud. El estudio consideró a la comuna de Pedro Aguirre Cerda, por ser una de la más avanzadas en cuanto a la aplicación del desarrollo del nuevo modelo. En ella se encuentra trabajando un equipo multidisciplinario desde el año 2004.

El estudio realizado revela que existe un déficit enorme de profesionales para abordar las altas y complejas demandas. La comuna de PAC es muy numerosa, sin embargo, disponen sólo de un equipo de cuatro profesionales, y dos técnicos quienes además deben atender en la Unidad de Urgencias del HBL, lo que genera que la coordinación con equipos de atención primaria, o equipos del segundo nivel, además de la coordinación con la comunidad sea casi imposible.

Existe por parte de los profesionales voluntad para la implementación del modelo, pero muchas veces se encuentran frustrados, al no ver real interés por parte de las autoridades en apoyar su trabajo y constatar, al mismo tiempo, la gran brecha que tienen en el contacto con la comunidad.

La posibilidad de aproximación a las personas que consultan, la tienen mayormente los profesionales del primer nivel (consultorios), ya que es el primer lugar donde llega una persona con enfermedad mental. El profesional de AP se debe encontrar capacitado para acoger al consultante de manera oportuna y clara, con una metodología de trabajo basada en la psiquiatría comunitaria. La capacitación es la manera más eficiente para empoderar a los consultorios para una mayor resolutiveidad y así no sacar a las personas de su comunidad. Lamentablemente, no

todas las autoridades de quienes dependen administrativamente estos centros, ven la importancia que tienen o están de acuerdo con esta política de intervención. Aún quedan muchas personas, entre ellas profesionales, que no han hecho el cambio de paradigma, para que la puesta en marcha del Plan Nacional avance.

La falta de recursos materiales que existe en los tres niveles de atención, es otra de las dificultades para aplicar el modelo. La carencia farmacológica sobre todo en los consultorios, hace que las personas que necesitan un medicamento de última generación (que escasamente se maneja en el tercer nivel), sea referido a la unidad de alta complejidad del HBL, dificultando el trabajo en red ligado a la comunidad.

El presupuesto que se destina a la salud mental es absolutamente insuficiente, es imposible llevar a la práctica el Plan Nacional de Salud Mental tal como está concebido. La posibilidad de asegurar una atención digna que apunte a la rehabilitación e incorporación a la comunidad está lejos de nuestra realidad. La falta de sistemas asistenciales en la comunidad produce el fenómeno de “puerta giratoria”, lo que genera gastos reiterativos al sistema de salud.

También hay que ser enfático en señalar otro aspecto, por considerarlo importante y trascendental para el abordaje futuro de las intervenciones. La falta o convergencia de conceptualización sobre psiquiatría comunitaria hace que la metodología de trabajo se aplique muchas veces sin una visión a largo plazo. Las experiencias exitosas que se han dado a lo largo de nuestro país, no han sido aprovechadas por el Ministerio de Salud, e incluso algunas corren el riesgo de ser suspendidas a pesar de su efectividad. La falta de registro y el poco compromiso por parte del Estado deja a su suerte la implementación del modelo de psiquiatría comunitaria.

Tanto los profesionales de salud mental como los usuarios del sistema en que se basa el estudio consideran que el modelo comunitario es la oportunidad de hacerle frente al preocupante aumento de enfermedades mentales registrado en nuestro país. Estas corresponden a múltiples factores: biológicos, psicológicos y sociales, por lo

tanto, se pueden prevenir, tratar y rehabilitar. Para ello se requiere establecer acciones de salud, donde se involucre a todos los sectores, tarea aún pendiente por parte del Estado.

Sólo en la medida en que el Estado Chileno abandone el concepto de subsidiariedad y reconozca que la salud es un derecho de cada individuo, independientemente de su condición social, y que por lo tanto debe invertir más recursos en salud para brindar una atención oportuna y de calidad, y que además permita capacitar a los tres niveles logrando eficiencia y eficacia en la atención. Por último, las políticas de salud no pueden resolverse sin el apoyo de la comunidad, ésta debe ser incluida en la toma de decisión, y en este contexto el Trabajo Social tiene que hacer un gran aporte a la organización de las bases.

APORTES DEL ESTUDIO AL TRABAJO SOCIAL

En las últimas décadas se ha avanzado en el acercamiento a un criterio multifactorial en la comprensión de psiquiatría y salud mental, la patología mental se ha ampliado abarcando los aspectos psicosociales. Al ser incluidos éstos como factores de riesgo de la salud mental, el estudio y tratamiento del contexto de las personas con enfermedades mentales, se hace relevante para intervenir.

Con el enfoque del modelo de psiquiatría comunitaria, el espacio comunal o territorial se presenta como la satisfacción a las necesidades, ya que es allí donde se desarrolla su vida social. Las necesidades son múltiples, tanto a nivel personal como en relación al entorno físico y social, por lo que el área de intervención del trabajo social se desarrolla con métodos de caso, grupo y comunidad, ya no sólo terapéutico-clínico, sino hacia el fomento y promoción en salud mental a través de la organización comunitaria, como forma de participación en salud y de ejercicio de poder popular en las políticas de salud.

El desarrollo del modelo en nuestro país, al igual que en otros, no ha sido fácil. Por un lado está la falta de recursos y por otro el rechazo o desconfianza en la viabilidad del modelo. Como dice Desviat (Desviat, M. 2007) hay que cumplir con ciertas condiciones, para hablar de psiquiatría comunitaria. Se necesita de una comunidad organizada, donde la participación vaya más allá de la satisfacción individual, personas que hagan frente a las desigualdades, con luchas que vayan de la mano con propuestas, personas que exijan su derecho como ciudadano y que su pensar se extrapole a construir políticas de salud.

La discusión va más allá de que exista o no recursos, tanto humanos como materiales, hay un tema relevante a considerar y es la existencia de la comunidad. Para los trabajadores sociales, comunidad no es sólo un grupo de personas que tiene ciertas características en común o comparten un lugar en común. La noción que manejamos de comunidad tiene que ver con un grupo de personas que tienen

problemas y necesidades en común, que comparten un lugar geográfico, se relacionan entre sí y además se reconocen pertenecer a una misma identidad.

Entonces, no se trata de sólo imprimir un documento acorde con los mandatos de las Organizaciones Internacionales. Es necesario el estudio o diagnóstico de la comunidad, la elaboración de un plan de trabajo comunitario, que consista en apoyar las capacidades individuales y colectivas de cada sector. Un trabajo en conjunto que desarrolle nuevas técnicas para avanzar. La psiquiatría comunitaria se ha ido desarrollando con grandes falencias en este sentido. Se han considerado muy poco las individualidades o características grupales, aún cuando el Plan de SM y psiquiatría plantea que se consideraran características culturales y socioeconómicas, entre otras. El trabajo en terreno se ha transformado en una entrega de servicios, los proyectos carecen de visión a largo plazo, lo que resulta un poco contradictorio, si se piensa en la comunidad no sólo como usuaria sino como generadora de recursos. Los trabajadores sociales, deben ser promotores de políticas acordes para abordar las necesidades de las personas para su salud mental.

Las personas con enfermedades mentales siguen siendo excluidas social, cultural e institucionalmente. Esta exclusión parte en el seno familiar, por lo que es fundamental abordar el trabajo con las familias y desarrollar las redes de soporte social, ya que el papel que juegan éstas es fundamental en las personas vulnerables. Las repercusiones de las crisis van a depender del apoyo social que las personas afectadas encuentren en su medio.

El tema de la pobreza no está ajeno a las personas con enfermedades mentales, puesto que la falta de oportunidades para satisfacer las necesidades básicas incide negativamente en la salud mental de las personas. El factor pobreza es el más recurrente en personas con enfermedad mental, problemática que no está ajena a la acción del Trabajo Social. Es por ello que su intervención en el campo de la psiquiatría es fundamental.

El Trabajo Social desde hace décadas, mucho antes de que fuera interrumpido por la dictadura y focalizado hacia lo asistencial económico-provisional, fue un gran aporte al campo psiquiátrico. Es hora de que el trabajo social retome lo pendiente, aporte y comparta su conocimiento con el grupo de profesionales que componen los equipos multidisciplinares y se empodere, ya que en el ámbito comunitario, en el trabajo con las familias y con las personas vulneradas de sus derechos, tiene mucho que decir y mucho por hacer.

BIBLIOGRAFIA

- Basaglia, F. (1989) Razón, Locura y Sociedad. Editorial México. D.F.
- Castro, O. (2006) El Liderazgo Social. Trabajo de Desarrollo Organizacional. Santiago de Chile. Universidad de Santiago.
- Cohen, H. (2001) Principios de la salud mental comunitaria. Conferencia Dictada con ocasión del Día Mundial de la Salud. s/l
- Anónima (2005) “La reconversión del Hospital Psiquiátrico El Peral en Red Comunitaria de Salud Mental y Psiquiatría. Santiago de Chile. Cuaderno Medicina Social.
- Echeverría, G. (2005) Análisis de Variables Cualitativas, Santiago UAHC, Cuadernos Docentes.
- García, J (1998) La psiquiatría en la España de fin de siglo. Díaz de Santos. Madrid
- Goffman, E (1993) “Estigma” la identidad deteriorada. Amorrortu editores, Argentina
- Hernández, M. (2004) Tratamiento comunitario asertivo.
- Hernández, R., Fernández, C.,
- Baptista, P. (1991) Metodología de la Investigación, Colombia, Mc Graw Hill

- Madariaga, C. (2003) Construyendo equipos de trabajo en salud mental y psiquiatría comunitaria. Escuela de Salud Pública – MEDICHI Santiago de Chile. Diplomado en Salud mental y psiquiatría comunitaria. Universidad de Chile.
- Madariaga, C (n/d) Psiquiatría Comunitaria: Apuntes para una conceptualización. s/l, s/e.
- Marconi, J. (2001) La psiquiatría en el cambio de siglo: Psiquiatría social. Rev.Chil .neuro-psiquiatría, ene.,2001,vol.39,nº.1
- OMS (2001) Informe sobre la salud en el mundo. Organización Mundial de la Salud
- OPS (1990) Declaración de Caracas, Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. Caracas, Venezuela, 11-14 de noviembre de 1990.
- Orradre, M. (2004) El enfermo esquizofrénico y sus familias inmersos en un cambio profundo. ANASAPS (Asociación Navarra para la Salud Psíquica)
- Tejada, J (2007): Capacitación en salud mental en Atención Primaria de salud: un enfoque cooperativo integral, Ensayo, Santiago de Chile, Universidad Mayor.
- Pichot, López-Ibor y Valdés (1996) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Masson S.A. Barcelona, España.

- Reinares, M. (2004) ¿Qué se entiende por psicoeducación en el tratamiento del trastorno bipolar?. Programa de Trastornos Bipolares IDIBAPS. Instituto Clínico de Neurociencias Hospital Clínico de Barcelona, Barcelona, España.
- Rodríguez, G. (2002) Las crisis individuales
- RSMP (2006) Red de Salud Mental y Psiquiatría
Servicio de Salud Metropolitano Sur
- Sierra, H (1998) Salud Mental y Fin de Siglo Conferencia dictada el 27/9/98 en la ciudad de Rafaela transcripción literal.
- Torres, R. (2001) Experiencias de psiquiatría comunitaria en Chile. Curso de educación continua, Gestión en psiquiatría y salud mental.
- Turcuman y Torres. (2006) La transferencia en el acompañamiento terapéutico. Curso Acompañante Terapéutico
- Vallejo, N. (1977) Introducción a la Psiquiatría. Editorial Científico-médica. Barcelona.
- Ventura, R. (2003) Hospital Militar Central “Dr. Luis Díaz Soto”. Municipio Habana del Este, Ciudad de La Habana, Cuba
- VIDAL, G (1986) El Trastorno Mental. Editorial Panamericana. Buenos Aires, Argentina

- Zaldivar, D. (2002) Salud para la Vida “competencias comunicativas y relaciones interpersonales.
- Desviat, M. (2007) Vigencia del modelo comunitario en salud mental: Teoría y práctica. (Rev GPU 2007; 3;1: 88-96)

Recursos Electrónicos

- Rubí, P. (n.d) Concepto y campo de la psiquiatría. Historia de la psiquiatría. [Consultado el 23 abril 2006], (www.monografias.com)
- El estigma, el prejuicio y la discriminación (n.d) [Consultado el 11 de febrero de 2007],(www.esquizofreniabrelaspuertas.com/estigma/estigma3.htm)
- Antipsiquiatría (2006) De Wikipedia, la enciclopedia libre [Consultado el 7 de noviembre de 2006],(<http://es.wikipedia.org/wiki/Antipsiquiatría>)

ANEXOS

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	SUB DIMENSION	INDICADORES
Percepción de la aplicación del modelo de Psiquiatría (según los ejecutores).	Proceso por el cual los ejecutores interpretan y valorizan la intervención que se realiza desde el Programa de Psiquiatría Comunitaria.	<p>Características del modelo</p> <p>Fortalezas</p> <p>Debilidades</p>	<p>Metodología de intervención</p> <p>Coordinación equipo</p> <p>Capacidad de los equipos</p> <p>Trabajo en red</p> <p>Posición institucional</p> <p>Recursos humanos y materiales</p> <p>Participación</p> <p>Coordinación equipo</p> <p>Capacidad de los equipos</p> <p>Trabajo en red</p> <p>Posición institucional</p> <p>Recurso humano y material</p>	<p>1.¿Podría mencionar las principales característica presente en la metodología de intervención, desde el modelo de psiquiatría comunitaria?</p> <p>2. ¿Cuáles son las principales diferencias entre el modelo de psiquiatría comunitaria y el modelo clásico de psiquiatría?</p> <p>3. ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades del modelo de psiquiatría comunitaria?</p> <p>4. ¿Cuáles son las principales fortalezas del equipo de trabajo?</p> <p>5. ¿El equipo cuenta con alguna preparación o capacitación para desarrollar su trabajo basado en el modelo de psiquiatría comunitaria?</p> <p>6. ¿Cuáles son las características del trabajo en red?</p> <p>7. ¿Cuáles son las fortalezas del trabajo en red?</p> <p>8. ¿Cuál es la posición institucional, respecto a la aplicación del modelo de psiquiatría comunitaria?</p> <p>9.¿Los recursos, son suficientes para la aplicación del modelo?</p> <p>10.¿Cuál es el grado de participación del usuario y familiares en el tratamiento?</p> <p>11.¿Cuáles son los factores que promueven la participación de usuarios y de sus familiares?</p> <p>12.¿Cuáles son las principales debilidades del equipo de trabajo?</p> <p>13.¿El equipo cuenta con alguna preparación o capacitación para desarrollar su trabajo basado en el modelo de psiquiatría comunitaria?</p> <p>14.¿Cuáles son las características del trabajo en red?</p> <p>15.¿Cuáles son las debilidades del trabajo en red?</p> <p>16.¿Cuál es la posición institucional, respecto a la aplicación del modelo de psiquiatría comunitaria?</p> <p>17.¿Los recursos son insuficientes para la aplicación del modelo?</p> <p>18.¿Cuál es el grado de participación</p>

		Relación con usuarios	Participación Inserción y reacción de la comunidad Vínculos	del usuario y familiares en el tratamiento? 19.¿Cuáles son los factores que obstaculizan la participación de usuarios y de sus familiares? 20. ¿Cuál es el grado de inserción en la comunidad por parte del equipo y cuáles son los factores que obstaculizan o favorecen dicha inserción? 21..¿Cuál es la reacción de la comunidad frente al proceso de inserción del equipo a la comunidad? 22.¿Existe algún vínculo entre profesional/paciente? ¿cómo se manifiesta?
--	--	-----------------------	---	---

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Instrumento para ser aplicado en: entrevistas en Profundidad y Focus Grup a 16 usuarios de la comuna de Pedro Aguirre Cerda, del programa de Salud Mental y Psiquiatría.

Fecha de la entrevista: _____

Nombre: _____

“Percepción de los Usuarios del Programa de Salud Menta, acerca del modelo de psiquiatría comunitaria”.

1. ¿Cuál es tu enfermedad y qué medicamentos tomas?
2. ¿Sientes que tu familia te apoya en el tratamiento?
3. ¿Qué haces cuándo estás en crisis y quién te acompaña en esos momentos?
4. ¿Cómo es la atención del consultorio u Hospital cuando la requieres?
6. ¿Participas de algún grupo en tu comunidad o en la Institución?
7. ¿Cuál es la relación con tus pares, te sientes integrado a tu comunidad?
8. ¿Quién y cómo te acompaña en el tratamiento?
9. ¿Sientes que te recuperas con el tratamiento y por qué?
10. ¿Cómo es la relación con el equipo tratante?
11. ¿Sientes que el equipo aporta en tu recuperación? ¿de qué manera?
12. ¿Conoces tus derechos y deberes?
13. ¿Cuáles crees tú, son las debilidades y fortalezas del tratamiento?

Instrumento para ser aplicado en: Entrevistas en Profundidad a los 10 Profesionales de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria de la Red de SM, de la comuna de Pedro Aguirre Cerda.

Fecha de la entrevista: _____
Profesión: _____
Institución: _____

“Percepción de los Profesionales de Salud Mental y Psiquiatría acerca del modelo de psiquiatría comunitaria”.

1. ¿Podría mencionar las principales características presente en la metodología de intervención, desde el modelo de psiquiatría comunitaria?
2. ¿Cuáles son las principales diferencias entre el modelo de psiquiatría comunitaria y el modelo clásico de psiquiatría?
3. ¿Cuáles son las debilidades y fortalezas del modelo de psiquiatría comunitaria?
4. ¿Cuáles son las principales fortalezas y debilidades del equipo de trabajo?
5. ¿El equipo cuenta con alguna preparación o capacitación para desarrollar su trabajo basado en el modelo de psiquiatría comunitaria?
6. ¿Cuáles son las características del trabajo en red?
7. ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades del trabajo en red?
8. ¿Cuál es la posición institucional, respecto a la aplicación del modelo de psiquiatría comunitaria?
9. ¿Cuál es el grado de inserción en la comunidad por parte del equipo y cuáles son los factores que obstaculizan o favorecen dicha inserción?
10. ¿Cuál es la reacción de la comunidad frente al proceso de inserción del equipo a la comunidad?
11. ¿En cuanto a los recursos, son suficientes o insuficientes para la aplicación del modelo?

12.¿Existe algún vínculo entre profesional/paciente? ¿cómo se manifiesta?

13.¿Cuál es el grado de participación del usuario y familiares en el tratamiento?

14.¿Cuáles son los factores que promueven la participación de usuarios y de sus familiares?.