



**“REINSERCIÓN SOCIAL DE PACIENTES
PSIQUIÁTRICOS FORENSES:
UNA APROXIMACIÓN A LA ANTIPSIQUIATRÍA”**

NOMBRES: VICTORIA CHANDÍA CASTILLO
CLAUDIA JÁUREGUI VARGAS

PROFESOR GUÍA: MAURICIO URETA BERNAL

TESIS PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO EN
TRABAJO SOCIAL

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE ASISTENTE SOCIAL

SANTIAGO, 2010

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	7
1. Planteamiento del Problema.....	16
2. Preguntas de Investigación.....	21
3. Objetivos de la Investigación.....	21
4. Hipótesis.....	23
5. Estrategia Metodológica.....	24
5.1. Tipo de Estudio.....	24
5.2. Universo.....	25
5.3. Muestra.....	26
5.4. Técnicas de Recolección de Datos.....	26
5.5. Técnicas para Análisis de Datos.....	26
6. Variables.....	27
I PARTE	
MARCO TEÓRICO.....	28
CAPÍTULO I	
PSIQUIATRÍA Y ANTIPSIQUIATRÍA.....	29
1. Historia de la Psiquiatría.....	29
2. La Psiquiatría.....	41
2.1. Tratamientos.....	43

2.2. La Psicopatología.....	47
2.3. Psiquiatría Comunitaria.....	48
2.4. Reinserción Social.....	49
2.5. Participación Comunitaria.....	52
3. Conceptos Generales de la Anti-psiquiatría.....	54
4. Historia de la Anti- psiquiatría.....	55
5. Aspectos Sociales de la Anti-psiquiatría.....	60
 II PARTE	
MARCO REFERENCIAL.....	63
 CAPÍTULO II	
SALUD MENTAL Y ESTRATEGIAS LEGALES PARA PROMOVER	
DERECHOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD MENTAL.....	64
1. Plan Nacional de Salud Mental.....	64
1.1. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.....	65
1.2. Modelo de Intervención.....	67
1.3. Estrategias del Plan de Salud Mental en Chile.....	70
2. Principales Enfermedades Mentales en Chile.....	74
3. Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad Mental.....	77
4. Declaración Internacional de Caracas.....	79

5. Reglamento para la Internación de las Personas con Enfermedades Mentales y sobre los Establecimientos que la proporcionan.....	80
6. Garantías Explícitas en Salud Mental.....	84

CAPÍTULO III

CONTEXTUALIZACIÓN DE LA COMUNIDAD QUE RODEA AL HOGAR PROTEGIDO.....

1. Ubicación Geográfica de la Comuna.....	87
2. Caracterización de los Habitantes de la Comuna.....	90
3. Actores Sociales del Desarrollo.....	92
4. Proyecto “Juntos Construimos un Sueño”.....	96
5. Contextualización del Proyecto “Juntos Construimos un Sueño”.....	99
6. Lugar de ejecución del Proyecto “Juntos Construimos un Sueño”.....	101
7. Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak	102
8. Psiquiatría y Psiquiatría Forense.....	103
8.1. Concepto de Psiquiatría Legal y Forense.....	104
8.2. Servicio de Psiquiatría Forense.....	105
8.3. Psiquiatría Forense en Chile.....	105
8.4. Perfil del Paciente del Servicio de Psiquiatría Forense.....	107
8.5. Principales Patologías en el Servicio de Psiquiatría Forense.....	110
8.6. Hogar Protegido: Unidad de Sobreseídos.....	111

III PARTE	
ANÁLISIS DE DATOS.....	115
CAPÍTULO IV	
PERCEPCIÓN DE PROFESIONALES SOBRE REINSERCIÓN SOCIAL	
DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS.....	116
1. Opiniones.....	116
2. Actitudes.....	122
3. Estigmatización.....	127
4. Discriminación.....	130
5. Organización.....	133
6. Participación.....	136
7. Calidad de Vida.....	139
8. Entorno Social.....	143
CAPÍTULO V	
FACTORES QUE INCIDEN EN LA REINSERCIÓN SOCIAL	
DE LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS SEGÚN DIRIGENTES DE	
ORGANIZACIONES COMUNITARIAS.....	148
1. Percepción.....	149
2. Nivel de Información.....	165
3. Actitudes.....	172
4. Participación.....	179

CONCLUSIONES.....	183
HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	193
APORTES DEL TRABAJO SOCIAL.....	198
BIBLIOGRAFÍA.....	203
ANEXOS.....	210

Anexo N° 1: Operacionalización de Variables

Anexo N° 2: Encuesta a Representantes Sociales Comunitarios sobre Percepción de Pacientes Psiquiátricos.

Anexo N° 3: Pauta Semiestructurada para el Equipo Clínico del Proyecto “Juntos Construimos un Sueño”

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se enmarca en la temática de la reinserción social de los pacientes psiquiátricos forenses, la que se constituye hoy en día en una problemática creciente en nuestra sociedad y un eje importante de estudio para el Trabajo Social.

Cabe mencionar que la elección del tema de estudio para esta investigación, se debe a que las personas afectadas por enfermedades mentales no logran una efectiva reinserción social, debido a las insuficientes políticas del sistema de salud pública en nuestro país, tema que es considerado dentro de esta investigación.

Por lo anteriormente señalado es relevante indagar en los factores que inciden en la reinserción social de los pacientes psiquiátricos, lo que se lleva a cabo mediante la presente investigación que se comprende en tres grandes partes.

La primera de esta se constituye en el marco teórico de la investigación, que corresponde a una descripción general de la Psiquiatría y a su opuesto, que es la Anti-psiquiatría, como rama que intenta validar la reinserción social a partir de la organización y participación de los pacientes psiquiátricos en su medio local.

Posteriormente se encuentra la segunda parte de la investigación correspondiente al marco referencial, el que se constituye en dos capítulos, el primero de estos hace referencia a la salud mental y las estrategias legales para que las personas con discapacidades mentales puedan hacer valer sus derechos. El segundo capítulo tiene relación con la contextualización de la comunidad que rodea al Hogar Protegido.

Dicho estudio se realiza en la comuna de Independencia, en la Población Juan Antonio Ríos, específicamente en el territorio de la Unidad vecinal N° 17 "Lautaro", en cuyo sector se encuentra el Hogar Protegido N° 5 de pacientes psiquiátricos forenses del Proyecto "Juntos Construimos un Sueño" del Hospital José Horwitz Barak. Dichos pacientes son objeto de nuestra tesis, en conjunto con las organizaciones sociales y comunitarias del sector.

La tercera parte corresponde al análisis de los datos, cuyo cuarto y quinto capítulo se enmarcan dentro del enfoque cualitativo y cuantitativo respectivamente.

Luego de analizar los datos, la investigación culmina con las conclusiones desprendidas del anterior análisis, junto con los hallazgos encontrados y los aportes del trabajo social para contribuir a la reinserción social de los pacientes psiquiátricos forenses del Hogar N°5.

Para llevar a cabo lo anteriormente señalado y conocer acerca del tema de la salud mental es importante tener antecedentes y estadísticas de las enfermedades mentales que contextualizan el área del presente estudio, en América Latina:

"... trastornos del humor, ansiedad, abuso de sustancias, esquizofrenia y deterioro cognitivo considerable secundario a uso de drogas y alcohol en más de 88 millones de personas de esta región. Estas cifras representaron un incremento del 48.1% en los últimos 15 años". (Alarcón y Aguilar – Gaxiola: 2000: s/p)

Dicho dato refleja la situación del contexto de América Latina algunas enfermedades relacionadas con la salud mental mostraron un aumento considerable como es el caso de:

“...México donde se comprobó un incremento de casi el 70% en la incidencia de esquizofrenia en relación con un aumento del 53% en otras regiones. Los trastornos cognitivos y la ansiedad mostraron igual tendencia”. (Ibid)

La complejidad de los factores psicosociales locales, desencadenan en alteraciones en la salud mental lo que obliga a establecer políticas claras de prevención, educación y rehabilitación. En nuestro país, existen estadísticas sobre salud mental, principalmente que:

“la prevalencia en la vida de los principales trastornos mentales es de 36% y los más frecuentes son la agorafobia (11,1%), la depresión mayor (9,0%), la distimia (8,0%) y la dependencia del alcohol (6,4%)” (Zaccaria, Minoletti ; 2005: 45).

Aunque tales enfermedades son las más relevantes en cuanto a frecuencia a nivel nacional, también nos encontramos con que los pacientes psiquiátricos que han cometido algún tipo de delito y que por su condición inimputable ante la ley son sobreseídos.

Para este sector de la población con trastornos psiquiátricos la lista de espera para recibir tratamiento, se transformaba en una tediosa espera, pero hoy en día los tratamientos psiquiátricos para enfermedades como la depresión, la esquizofrenia y la dependencia al alcohol y/o drogas están contempladas dentro del plan nacional de salud, GES:

“hasta 1998 era de alrededor de 120 personas, sin embargo, la creación de la Unidad Psiquiátrica Forense permitió reducir esta cifra a una cuarta parte. En la actualidad, alrededor de 70 personas sobreseídas ingresan anualmente en las unidades de

psiquiatría forense, mientras otras 300 reciben tratamiento ambulatorio y 85 viven en hogares protegidos.” (Ibíd: 45)

Sobre este panorama, surge la inquietud por estudiar la temática de la psiquiatría forense en una comunidad de la Región Metropolitana, en el lugar mismo donde se han desarrollado políticas y planes de salud de reinserción social, en este caso para los pacientes psiquiátricos forenses.

El Proyecto en el cual se sustenta este estudio, “Juntos Construimos un Sueño”, está a cargo del equipo de Salud del Servicio de Psiquiatría Forense perteneciente al Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, hospital ubicado en la comuna de Recoleta.

Este Proyecto se implementa en la Región Metropolitana de Santiago desde el mes de Marzo del año 2008, específicamente en las comunas de Recoleta e Independencia, en 6 hogares de estas comunas que pretenden una reinserción comunitaria efectiva para sus pacientes. Su finalidad es apoyar la rehabilitación de los pacientes psiquiátricos forenses que residen en Hogares Protegidos mediante la activación y reinserción en la red local y en la comunidad.

Esta iniciativa tiene como foco de atención a 57 pacientes Psiquiátricos aproximadamente, hombres y mujeres de entre 20 y 60 años que habitan bajo el régimen de Hogares Protegidos, del Servicio de Psiquiatría Forense, en las comunas de Recoleta e Independencia. Cabe mencionar que sólo existe un hogar de mujeres, ya que las enfermedades mentales de psiquiatría forense son mucho más frecuentes en los hombres.

Según los diagnósticos médicos de los pacientes de los Hogares Protegidos del Proyecto, estos revelan que los tipos de enfermedades que afectan a

estas personas, son: *“Esquizofrenia (71%); Daño Orgánico Cerebral (15%); Trastorno afectivo bipolar (8%); Retardo mental (3%); Epilepsia (2%) y Depresión (1%)”* (Servicio de Psiquiatría Forense; 2008: 8)

Dicho Proyecto tiene una fuerte inclinación por la rehabilitación de los pacientes psiquiátricos forenses a partir de las redes y tejido social que se desarrolla en su entorno más cercano, es por esto que se implementa la modalidad de los hogares protegidos como forma de mantener las relaciones sociales de los pacientes psiquiátricos para contribuir a su reinserción social, ya que sus redes familiares son escasas y casi nulas.

También como tratamiento de las enfermedades de los pacientes psiquiátricos forenses, se mantienen dentro de los Hogares Protegidos prácticas psiquiátricas de medicina tradicional, dentro de éstas se encuentran los psicofármacos y los diagnósticos.

En el Proyecto “Juntos Construimos un Sueño”, podemos encontrar claramente prácticas psiquiátricas tradicionales, pero también visualizar la vinculación de los pacientes psiquiátricos con la comunidad como un factor importante para su rehabilitación.

Mediante esta vinculación es que se pretende analizar la percepción de los representantes de las organizaciones sociales correspondiente a la Unidad vecinal N° 17, de la Población Juan Antonio Ríos, para visualizar como esta percepción incide en la reinserción social de los pacientes psiquiátricos del Hogar N°5, a modo de determinar si se cumple con la reinserción social que propone el Proyecto.

Junto con esto también, se incorpora en este estudio la percepción del Equipo Clínico del Hogar N°5, conformado por dos asistentes sociales, un psiquiatra y un auxiliar paramédico, lo que ha permitido visualizar la opinión de los profesionales en relación a esta reinserción social que propone el Proyecto “Juntos Construimos un Sueño”.

Para el Trabajo Social es importante generar cambios a través de la praxis como razón instrumental, ya que mediante la implementación es necesario incorporar nuevos conocimientos y nuevas propuestas.

Es aquí donde se consideran algunos lineamientos sociales de la Anti-psiquiatría como una propuesta para la implementación del proyecto, que tienen relación con los principios de reinserción social de los pacientes psiquiátricos forenses del Hogar N° 5.

Es importante mencionar que en este estudio se consideran algunos de los elementos sociales de la Anti-psiquiatría, sin erradicar totalmente las prácticas de la psiquiatría tradicional, ya que estas en conjunto fortalecen la principal propuesta del Proyecto, que es la reinserción social de los pacientes psiquiátricos forenses del Hogar N°5.

Ambos elementos mencionados anteriormente son relevantes para este estudio, debido a que en el Hogar N° 5, caso principal de esta investigación, se visualizan factores que obstaculizan la implementación total del Proyecto. Son estos componentes los que se proponen como unidad de análisis en conjunto con algunas de las prácticas anti-psiquiátricas.

Estos factores que se convierten en obstáculos tienen relación con el medio directo donde los pacientes del hogar se desenvuelven como seres sociales, es decir, su medio local – comunitario. Es aquí donde el tratamiento de

enfermedades psiquiátricas en hogares protegidos como una medida de protección y de reinserción comunitaria, surge como una novedosa iniciativa en un campo que no es muy conocido para el trabajo social, el de la psiquiatría.

La pertinencia de realizar esta investigación acerca del tema de los pacientes psiquiátricos forenses en la comunidad, se sustenta en que permite conocer las diferentes características que se manifiestan en el ámbito de la percepción de los representantes sociales comunitarios y del equipo profesional del proyecto “Juntos Construimos un Sueño”, y cómo influye ésta en la reinserción social de los pacientes psiquiátricos forenses del Hogar Protegido N° 5, de la comuna de Independencia.

Esta investigación facilitará un mejor entendimiento del funcionamiento relacional entre los protagonistas de este estudio, así mismo, permite evidenciar la trascendencia de dichas características en el trabajo profesional que se lleva a cabo con los agentes comunitarios en dicha zona.

También es importante indagar en el conocimiento y nivel de información que estos representantes comunitarios poseen, así como los juicios a priori que tienen los representantes de las organizaciones del sector hacia las personas con enfermedades psiquiátricas. Esto permite específicamente a los trabajadores sociales, comprender la vinculación que se tiene entre los factores señalados, sus causas y efectos, caracterizando la situación comunitaria del sector escogido entre los pacientes psiquiátricos forenses y los actores comunitarios.

El proyecto “Juntos Construimos un Sueño”, sienta sus bases en una reinserción social efectiva para los pacientes psiquiátricos forenses que se encuentran residiendo en hogares protegidos y que propone, desde su

intervención, lineamientos claves que se relacionan con la psiquiatría comunitaria, como modelo que apuesta por generar instancias en la que los pacientes psiquiátricos se vinculen con su entorno más inmediato, ya sea en diversas organizaciones sociales del territorio, en las cuales puedan participar activamente de ellas.

La apuesta de este proyecto es que los pacientes psiquiátricos se relacionen con la comunidad y con su entorno, sin dejar de lado sus tratamientos psiquiátricos, para que de esta manera se pueda favorecer a su rehabilitación y reinserción social.

Es por esta razón que se realiza este estudio, con el objetivo de conocer la percepción que tienen los representantes de las organizaciones sociales y de los profesionales del Equipo Clínico del Proyecto “Juntos Construimos Un Sueño”, hacia los pacientes del Hogar N° 5, y de que manera influye esta percepción en su reinserción social. Además de determinar algunos de los factores o lineamientos sociales del modelo anti-psiquiátrico como base para contribuir a una efectiva rehabilitación, pero con la particularidad de no excluir las prácticas tradicionales de la Psiquiatría que se implementan en el Hogar N° 5.

Respecto a la relevancia social, la investigación beneficia a los pacientes psiquiátricos forenses del sector investigado y a la comunidad, propiciando con esto un espacio en lo local para los pacientes psiquiátricos forenses; en este sentido contribuye en poder encontrar falencias desde ellos para con la comunidad, y también beneficia al barrio porque son los vecinos quienes se sienten desvalidos e inseguros al tener un hogar de pacientes psiquiátricos en su población, debido a los mitos y prejuicios que existen en relación a las enfermedades mentales. Esto vendría a sentar las bases para una mejor calidad de las relaciones entre los pacientes del Hogar N°5 y la comunidad.

En relación a las implicaciones prácticas de este estudio, es necesario, ya que esta investigación demuestra si efectivamente se estigmatiza a los pacientes psiquiátricos forenses del Hogar N°5 de la población Juan Antonio Ríos y como esto incide directamente en la calidad de vida, tanto de los pacientes como de los vecinos y en sus vínculos.

En cuanto al valor teórico, éste nos aporta conocimiento práctico, hipotético e información actual sobre el tema, aunque esta información recogida no representa la totalidad de las percepciones de los individuos que conviven con pacientes psiquiátricos, permiten establecer una base para próximos estudios, así mismo nos permite identificar si la teoría con la que se trabajó en la investigación es apropiada y proporciona los ejes argumentativos para la consecución de los objetivos y comprobación de la hipótesis.

Este ámbito del Trabajo Social puede resultar poco común como área de investigación e intervención, sin embargo, se trata de un ámbito directamente relacionada con el quehacer profesional, ya que se encuentra ligada a una problemática social en las áreas de la salud mental, lo judicial (patologías psiquiátricas, área forense) y lo comunitario.

Otra arista importante de destacar es el desconocimiento de la existencia de este hogar que ampara a pacientes psiquiátricos forenses por gran parte de la población en donde está ubicado, ya que se visualiza, mediante la interacción con los vecinos, que no todos están al tanto de la existencia de este hogar, los pasajes colindantes y por ende los vecinos de estas calles manifiestan su desconocimiento acerca de la existencia del Hogar Protegido.

En la atención de casos, grupo y comunidad el Trabajo Social tiene y desarrolla un área importante de intervención, donde los propios pacientes del hogar sean capaces de percibirse como sujetos de derechos y deberes,

potenciando sus habilidades sociales a fin de generar vínculos con la comunidad y fortaleciendo su inclusión en ella.

Finalmente, el propósito de la reinserción social de los pacientes psiquiátricos es que se visualicen como un miembro activo comunitario tan importante como el resto de los vecinos e integrantes de la comunidad, lo que contribuye a su rehabilitación y reinserción social, favoreciendo con esto a mejorar la calidad de vida de las personas involucradas en este estudio.

1. Planteamiento del problema

Hoy en día en nuestro país se implementan políticas en salud mental donde un factor relevante es la rehabilitación de los pacientes psiquiátricos a través de la vinculación de éstos con la comunidad.

En Chile, según el Plan Nacional de Salud Mental ha existido un largo y sostenido esfuerzo multidisciplinario, asistido por entes gubernamentales y no gubernamentales para fortalecer la salud mental en nuestro país. En él se ha hecho énfasis sobre determinados objetivos; entre ellos:

“la reducción del índice de suicidio, la eficacia del tratamiento farmacológico de la depresión, ansiedad, esquizofrenia, trastorno bipolar, alcoholismo. También fueron, desde la creación de una política de salud en el país, prioridades los trastornos del desarrollo, el estrés postraumático, depresión y ansiedad así como esquizofrenia, enfermedad de Alzheimer y otras demencias, abuso de alcohol, tabaco y otras drogas” (Zaccaria y Minoletti; Opcit: 58)

Pero lamentablemente también se deben considerar aspectos en la salud mental que tienen su raíz en la centralización de recursos por parte del Estado. Los recursos, son otro de los grandes problemas de salud mental en Chile.

En América Latina, la concentración en la atención de los profesionales de la salud mental en determinadas zonas es altísima, como por ejemplo:

“el 80% de los médicos psiquiatras se concentra en áreas metropolitanas con elevada densidad de población y la participación comunitaria ha sido irregular debido a los recursos educativos y económicos de cada localidad” (Alarcón y Aguilar – Gaxiola; Opcit: s/p)

Debido a esto en Chile y América Latina, las personas con discapacidad y enfermedades mentales se encuentran excluidas social y localmente en algunas comunidades, lo cual representa un enorme desafío para los países en desarrollo: *“la cantidad de personas con discapacidad aumentará en un 180 por ciento en los próximos 20 años” (Zaccaria y Minoletti.; Opcit.: 20)*

El tema de los pacientes psiquiátricos forenses insertos en comunidades locales, no se encuentra exento de algunos problemas que se evidencian en la comunidad. Tal es el caso del Hogar N°5 que alberga a este tipo de pacientes psiquiátricos forenses de la población Juan Antonio Ríos, comuna de Independencia, dependiente del Hospital Psiquiátrico José Hortwitz Barak.

El Proyecto Juntos Construimos un Sueño es el encargado de la rehabilitación y reinserción social de los pacientes psiquiátricos de este hogar, el cual esta inserto dentro de la Unidad de Psiquiatría Forense pertenecientes al Hospital Psiquiátrico anteriormente señalado y el cual

contempla un equipo multidisciplinario para la atención integral de los residentes.

El Hogar Protegido N° 5 tiene la misión de brindar un espacio de relación y encuentro con el entorno social de forma de fortalecer y desarrollar las habilidades sociales en los pacientes proporcionándoles así una mayor calidad de vida. Este lugar cumple las funciones de un Hogar, el cual pretende satisfacer la mayor cantidad de necesidades de sus residentes.

Según este equipo tratante del Hogar Protegido N° 5, quienes acompañan y brindan apoyo integral a los pacientes, señalan que los residentes fueron víctimas de la discriminación por parte de algunos vecinos del sector, quienes manifestaron un rechazo evidente hacia las personas con discapacidad mental.

Los residentes del Hogar han sido víctimas de agresiones verbales propiciadas por algunos vecinos del sector y en una ocasión se detectó la iniciativa por parte de la comunidad de organizarse, con el fin de agredir físicamente a algunos de los pacientes.

Los sucesos mencionados corresponden a los inicios de la implementación del hogar en el vecindario, para lo cual se elaboró una charla informativa para los habitantes del sector en función de dar a conocer generalidades del Hogar N°5 y su tipo de residentes, lo que logró disminuir los niveles de ansiedad, prejuicios y desinformación de los vecinos. Dicha información recogida fue obtenida por dirigentes vecinales del sector.

Con el transcurso del tiempo y la información proporcionada a los vecinos sobre los pacientes psiquiátricos del Hogar N°5, existe mayor tranquilidad en

el vecindario, rompiendo algunos mitos que se habían generado en la comunidad respecto de este hogar y sus residentes.

Desde que se da inicio a los Hogares Protegidos en este sector en particular, se ha intentado fortalecer los vínculos entre los pacientes psiquiátricos forenses del Hogar N°5 con la comunidad, sin embargo, se visualizan obstáculos para que los pacientes logren tener una participación y organización activa en ella.

Por lo anteriormente mencionado el principal proceso afectado es la rehabilitación y reinserción social de los pacientes del Hogar N°5, objetivo fundamental del Proyecto “Juntos Construimos un Sueño”.

Desde esta perspectiva es que se hace necesario establecer e indagar en la forma en que estos pacientes se relacionan con la comunidad y cuan efectiva es su reinserción social, a partir de la percepción de los representantes sociales comunitarios y del Equipo Profesional del Proyecto “Juntos Construimos un Sueño” , ya que estos se consideran relevantes en el proceso de integración social de los pacientes, para incluirlos en las actividades y redes comunitarias, fortaleciendo la organización y participación de los residentes del Hogar N°5 en éstas iniciativas y por lo tanto en la comunidad.

La reinserción social pretendida por el proyecto “Juntos Construimos un Sueño”, sienta sus bases en la psiquiatría comunitaria, a través de la modalidad de hogar protegido inserto en una comunidad, brindando las condiciones para lograr mayor autonomía en los residentes del Hogar en pro de mejorar su calidad de vida.

Es por esto que se rescatan ciertos lineamientos de la Anti-psiquiatría, tales como la participación y organización de los pacientes psiquiátricos al interior del Hogar y con la comunidad, que son fundamentales para este estudio. Dichos lineamientos fortalecen la normalización de las actividades del Hogar N° 5 y sus residentes.

El Proyecto “Juntos Construimos un Sueño”, junto con estos elementos sociales de la Anti-psiquiatría, fomentan la vinculación de los pacientes con su entorno más inmediato, sin excluir las bases psiquiátricas tradicionales de dicho Proyecto, permitiendo la participación y organización con la comunidad a fin de favorecer a su proceso de rehabilitación y reinserción social.

En base a lo anteriormente mencionado se trabajó con los dirigentes comunitarios del sector y con el equipo a cargo del Hogar N° 5, para conocer su percepción en el proceso de reinserción social de los pacientes psiquiátricos.

En este estudio se investigó cómo influye la percepción de la comunidad en la integración social de los residentes del Hogar Protegido, perteneciente al Hospital Psiquiátrico José Hortwitz Barak., ubicado en la población Juan Antonio Ríos, comuna de Independencia.

Por último, se incorpora a la investigación algunos lineamientos sociales de la Antipsiquiatría aportan a este proceso de rehabilitación y reinserción social.

2. Preguntas de Investigación

1. ¿La percepción de los representantes sociales comunitarios y del equipo clínico del Proyecto “Juntos Construimos un Sueño” Incide negativamente en el proceso de reinserción social de los pacientes psiquiátricos forenses?
2. ¿Inciden en la reinserción social de los pacientes psiquiátricos del Hogar N°5 los lineamientos sociales de la Anti-psiquiatría, como la organización y participación con la comunidad?
3. ¿Son relevantes y en qué magnitud los lineamientos sociales de la Anti-psiquiatría (organización y participación) en la reinserción social de los pacientes psiquiátricos del Hogar N°5?

3. Objetivos de la Investigación

Objetivo General N° 1

- Visualizar cómo incide la percepción de los representantes sociales comunitarios y del equipo clínico del Proyecto “Juntos Construimos un Sueño”, en la reinserción social de los pacientes psiquiátricos forenses del Hogar Protegido N° 5.

Objetivos Específicos

1. Establecer las opiniones que poseen los distintos representantes sociales comunitarios sobre el Hogar N° 5, y de los pacientes psiquiátricos forenses que residen en él.

2. Establecer la relación existente entre las opiniones de los representantes sociales comunitarios hacia los pacientes psiquiátricos del Hogar N° 5, con el proceso de reinserción social de éstos.

3. Determinar si existe o no estigmatización y/o discriminación en la percepción de los distintos representantes sociales comunitarios de la unidad vecinal N° 17 “Lautaro” hacia los residentes del Hogar N° 5.

4. Establecer la relación existente entre las opiniones del equipo clínico del Proyecto “Juntos Construimos un Sueño” y la reinserción social de los pacientes psiquiátricos forenses del Hogar N° 5.

5. Identificar algunos de los elementos obstaculizadores del proceso de reinserción social de los pacientes psiquiátricos del Hogar N°5, a partir de la percepción de los representantes sociales comunitarios y equipo clínico del Proyecto “Juntos Construimos un Sueño”.

Objetivo general N° 2

- Caracterizar los Factores Sociales de la Anti-psiquiatría que se relacionan con la Reinserción social de los pacientes psiquiátricos forenses del Hogar Protegido N° 5, pertenecientes a la población Juan Antonio Ríos, comuna de Independencia.

Objetivos Específicos

1. Identificar los factores de organización interna en el Hogar Protegido N° 5 de pacientes psiquiátricos forenses

2. Establecer los factores de organización externa en el Hogar Protegido N° 5 de pacientes psiquiátricos forenses

3. Determinar los factores de participación interna en el Hogar Protegido N° 5 de pacientes psiquiátricos forenses

4. Establecer los factores de participación externa en el Hogar Protegido N° 5 de pacientes psiquiátricos forenses

4. Hipótesis

Hipótesis N° 1

La percepción que tienen los diferentes representantes sociales comunitarios de la población Juan Antonio Ríos, sobre los pacientes psiquiátricos que residen en el Hogar N° 5, Comuna de Independencia, tiende a discriminarlos y/o estigmatizarlos, situación que dificulta el proceso de reinserción y rehabilitación social que propicia este hogar.

Hipótesis N° 2

La Información que manejan los distintos representantes sociales comunitarios del sector de la población Juan Antonio Ríos acerca de los pacientes psiquiátricos que residen en el Hogar N° 5, constituye un obstáculo para su reinserción social en la comunidad, y se sustenta en mitos que la sociedad ha desarrollado a través del tiempo sobre ellos.

Hipótesis N° 3

La implementación del Proyecto “Juntos Construimos un Sueño” se relaciona con algunos de los Lineamientos Sociales Anti-psiquiátricos, tales como organización y participación con la comunidad, que realmente fortalecen la rehabilitación y reinserción social de los pacientes psiquiátricos forenses del Hogar N° 5.

Hipótesis N° 4

Según las percepciones del equipo clínico del Proyecto “Juntos Construimos un Sueño”, existen elementos que obstaculizan la comunicación entre los residentes del Hogar N° 5 con la comunidad perjudicando su proceso de rehabilitación y reinserción social.

5. Estrategia Metodológica

5.1. Tipo de estudio

Esta investigación corresponde a un estudio cuantitativo - cualitativo, dado que a partir de los objetivos planteados para ella se busca desprender la comprensión de los resultados y no tan sólo la descripción de datos estadísticos.

Desde el enfoque cualitativo, tal como lo dice su nombre la cualidad es importante para resaltar en el análisis del estudio:

“las cualidades del objeto de interés o de investigación; se señalan las cualidades de los componentes del proceso investigativo...Se prepondera la interacción simbólica entre los sujetos; en el marco de este enfoque los objetos tienen voz; es decir, las relaciones

simbólicas institucionales le dicen algo al investigador.” (Alanís: 2000: s/p)

Además dicho paradigma prepondera a que la investigación tenga un énfasis cuantitativo, con la finalidad de mantener cercanía con la estadística y resultados para este estudio: *“Se privilegia la comprobación de hipótesis y la validez de las verdades está sujeta al grado de significatividad estadística; pues esto asegura que los experimentos sean replicables en otros contextos”.* (Ibid)

Asimismo este estudio se realiza según su nivel de profundidad o complejidad, el tipo de estudio utilizado es el Descriptivo, el cual pretende referir situaciones y/o eventos, es decir, cómo es y cómo se manifiesta un determinado fenómeno. Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar y en este caso en específico los diferentes aspectos que conforman las percepciones de los diferentes representantes sociales comunitarios sobre los pacientes psiquiátricos forenses del Hogar Protegido N° 5 y las percepciones del equipo profesional del Proyecto “Juntos Construimos un Sueño” para ver la mirada desde la intervención profesional.

5.2. Universo

Corresponde al total de 17 organizaciones sociales comunitarias del sector de la población Juan Antonio Ríos y 4 profesionales del Proyecto “Juntos Construimos un Sueño”.

5.3. Muestra

3 representantes o informantes claves por cada una de las 17 organizaciones sociales, y 4 representantes del equipo profesional a cargo del Proyecto “Juntos Construimos un Sueño”.

5.4. Técnicas de Recolección de la Información

Para el presente estudio se utilizaron técnicas de recolección de datos como la herramienta del Cuestionario Estructurado con preguntas mixtas, es decir, un listado con preguntas del tipo abiertas (donde el entrevistado se expresa libremente sobre la pregunta) y cerradas (donde se le dan opciones y categorías para responder).

Este tipo de cuestionario se aplicó a los dirigentes de las organizaciones sociales. También se incluye una Pauta Semi- estructurada con preguntas abiertas, el cual se utilizó con el equipo clínico encargado del Hogar N°5.

Además se empleó la herramienta de diálogo flexible de la Entrevista Abierta, con los casos significativos para el estudio, pudiendo obtener a través de esta técnica información y datos más precisos con los casos que resulten ser claves.

5.5. Técnicas de Análisis de la Información:

El análisis de los datos se realizó mediante el Análisis de Contenido, técnica de investigación cualitativa destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse al contexto desde donde proviene la información.

El análisis de contenido se caracteriza por investigar el significado simbólico de los mensajes, los que no tienen un único significado, puesto que los mensajes y las comunicaciones simbólicas tratan, en general, de fenómenos distintos de aquellos que son directamente observados.

Los datos cualitativos serán medidos de acuerdo a las categorías del análisis de contenido, que en el presente estudio son las mismas que corresponden a las dimensiones de las variables operacionalizadas.

Por otro lado, los datos cuantitativos de la investigación son analizados con el Programa SPSS, el cual nos permite explicar el fenómeno matemáticamente, de una forma más concreta y objetiva respecto de la realidad.

Para dicho análisis se utilizaron los ítems insertos dentro de la operacionalización de variables de esta investigación, con el fin de graficar concretamente cada arista del estudio.

6. Variables

- Percepción

- Lineamientos Sociales Anti-psiquiátricos de organización y participación (interna y externa)

- Reinserción Social

I PARTE
MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

PSIQUIATRÍA Y ANTIPSIQUIATRÍA

Para comprender las enfermedades mentales desde un prisma histórico que fundamente con hechos la experiencia de las enfermedades mentales en el mundo a través del tiempo, es que Foucault y otros autores plantean ideas que apoyan este estudio.

1. Historia de la Psiquiatría.

El hombre según la época se ha enfrentado a diversos problemas desde la salud mental. Amaya (2010) plantea que esto depende de su cultura, de la política, de los conocimientos y de los avances de la ciencia en torno a esta temática. En culturas antiguas no existía separación entre enfermedad mental y enfermedad orgánica. Los métodos de diagnósticos y pronósticos se basaban en las creencias religiosas, y en la interpretación de los sueños. Aparece por ejemplo la figura del chaman, que contiene los conocimientos y el poder necesario para curar dichas enfermedades

En la antigüedad las enfermedades mentales eran atribuidas a espíritus endemoniados o a otras situaciones de carácter mágico – religioso:

“En el Siglo V A.C. Aparece Hipócrates, quien expone que solo había una causa biológica de las enfermedades y que los tipos temperamentales estaban basados en una mezcla de humores corporales. Así, la sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema permitían catalogar cuatro temperamentos: colérico, sanguíneo, flemático y melancólico” (Ibid: s/p)

Con el inicio de la Edad Media, desaparece esta actitud científica ante la enfermedad mental y:

“Se vuelve a concepciones místicas y esotéricas, no guiadas por la razón. Con el aumento del poder y el dominio de la iglesia, se fortalece la idea de que las enfermedades mentales están relacionadas con posesiones diabólicas, por lo que la superstición, la demonología y el exorcismo vuelven con toda su amplitud” (Ibíd: s/p)

En la época Renacentista, comienza a divisarse cambios en la concepción del origen de las enfermedades mentales. Respecto a esto C. Amaya (2010) cita a A.J. Weyer (1564) quien describe diversos cuadros psiquiátricos, y reconoce la importancia que sobre ellos tienen las vivencias de la infancia y el ambiente. Con él, los enfermos pasan del cuidado de los clérigos a las manos de los médicos.

En esta época, aparecen nuevos intentos de tratar más humanamente al enfermo mental; *“se crean los primeros nosocomios (manicomios) en Valencia, llamados “hospitales de inocentes y orates”. (Ibíd: s/p)*

Comienza un movimiento de aislamiento y marginación para los pobres, prostitutas, vagabundos, los criminales y para los enfermos mentales. Por ello, se crean reformatorios y correccionales con la idea de educar moralmente a los asistidos: *“A los “locos” se les encierra con la intención de educar y moralizar sobre la naturaleza salvaje de su irracionalidad” (Ibíd: s/p)*

Junto con esto, en el libro “La Historia de La Locura Clásica” de Foucault (1984) se comienza por explicar que la razón en esta época, ocupa un lugar considerable en el espacio de los conocimientos, dejando a ésta como el principal instrumento explicativo de la epistemología con el Iluminismo en la

época Renacentista, que predomina por sobre los ideales metafísicos que predominaban antiguamente.

Por lo tanto, la locura comienza a considerarse con un cariz distinto debido a que en el Renacimiento la razón vino a convertirse en el paradigma más convincente para las teorías del conocimiento, hasta casi nuestros días, tal como lo relata el autor: *“Nace la nueva experiencia clásica de la locura. La gran amenaza que aparece en el siglo XV se atenúa; integrando el inevitable cortejo de la razón”*. (Ibíd: 37)

Tras algunos siglos luego de comenzado el Renacimiento, los avances positivistas de las ciencias fueron naciendo gracias a la razón, desde entonces la locura pasó a convertirse desconfiadamente por parte de los científicos en situaciones a estudiar y que podrían tener alguna respuesta científica: *“Este mundo de principios del siglo XVII, es extrañamente hospitalario para la locura”* (Ibíd: 37)

Pero hasta antes de eso, la locura tuvo un largo y difícil camino para ser considerada como una enfermedad mental. La locura fue considerada en la época renacentista como uno de los principales problemas sociales sin resolver, ya que estas personas eran consideradas en la Edad Media inútiles para la sociedad y sin cura posible, por lo que se encomendaba a los marineros “desechar” a los locos en tierra pero en otras localidades.

Según el autor, la literatura europea, en especial la francesa, tuvo gran importancia para generar un ideal colectivo sobre la locura. Pero en particular, la que inspiró gran parte del ideario de la comunidad hacia los “locos” fue la existencia del “Narrenschiff” que correspondía a: *“un navío real que transportaban cargamentos de insensatos...las ciudades los expulsaban con gusto de sus recintos”*. (Ibíd: 10)

Sin embargo, no todos los orates de la época en Europa fueron exiliados por los marineros, otros fueron tratados y recibidos en casas especiales para personas con estas discapacidades mentales. Esta medida no fue totalizadora para todas las personas con enfermedades mentales: *“Los locos pues, no son siempre expulsados. Se puede suponer, entonces, que no se expulsaba sino a los extraños” (Ibíd: 15).*

Es por esta razón, que el desconocimiento es trascendental a la hora de expulsar a algunos orates de las ciudades, porque los “locos” conocidos, eran cuidados y asilados en casas de reposo para ellos.

Desde finales de la Edad Media y el continuo cambio que fue produciéndose debido al Renacimiento y a la Época de la Luz, la locura se consideró cada vez más, después de la lepra y las enfermedades venéreas, la epidemia más catastrófica y como una enfermedad que con cierto recelo podría tratarse en recintos hospitalarios. En algunos países europeos, por ejemplo en Alemania, específicamente en Stuttgart:

“el informe de un magistrado , de 1589, indica que desde cincuenta años atrás no existen leprosos en la casa que les fuera destinada, En Lipplingen, el leprosario, es ocupado rápidamente por incurables o por locos.” (Ibíd: 7)

Esto hace alusión a que enfermedades como la lepra, enfermedades venéreas y la locura, se transformaron en males endémicos para la sociedad de aquellos tiempos, sin embargo, igualmente la concepción positivista llevó a que la locura ocupara de a poco un espacio hospitalario, donde los pacientes recibieran los cuidados necesarios, y que avanzado el tiempo fueran consideradas para investigaciones y estudios científicos junto con posibles curas y tratamientos.

Sin embargo, el autor hace énfasis sobre la posición científicista en la realidad de los “locos” y como este paradigma positivista no ha podido encontrar la llave para abrir la puerta ante el reino de la locura, encontrándose así con un aporte al conocimiento.

Desde este enfoque científico, la Psiquiatría se entiende también como la rama que:

“Se ocupa de la comprensión y del tratamiento de los trastornos psíquicos, es decir, de la mente, la cual tiene como sustrato anatómico el cerebro. No es del alma o del espíritu que la psiquiatría versa. Las fronteras entre este conocimiento científico y los terrenos de la filosofía, la religión e incluso el esoterismo, no han sido nítidas a través de los tiempos.” (Fischam; 1995: s/p)

La nebulosa que produce la Psiquiatría para el positivismo, ha llevado a cuestionar durante largos años a esta disciplina como una real ciencia que permita el desarrollo de estudios verídicos y comprobables.

Debido a este gran problema epistemológico, es que la Psiquiatría al convertirse en una ciencia que se remite al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por una patología que se produce en su cerebro, pone a esta rama en un ámbito netamente biológico para el tratamiento de enfermedades o patologías.

Por esta razón la Psiquiatría se circunscribe al área física del tratamiento de las enfermedades, debiendo recurrir a las terapias psico-sociales para el tratamiento.

Es en este momento cuando se comienza a considerar los sistemas y los entornos de los individuos, integrando a esta perspectiva holística una visión más integral de la realidad.

Es aquí cuando la Teoría General de Sistemas originada en el campo de la biología comienza a integrar el área social a las prácticas médicas de la Psiquiatría tradicional:

“La TGS se origina en el campo de la biología, puede incorporar tanto mente como cuerpo, lo vivencial como lo conductual, lo individual y lo social en su esquema general de variados niveles y aspectos de los sistemas que operan en base a los principios básicos - la necesidad de organización, interacción, mecanismos de control y mantención de los límites.” (Ibíd: s/p)

De esta manera la convivencia e integración de los distintos sistemas que compone una realidad determinada, generan una comprensión mayor del funcionamiento articulado de las realidades, entendiendo que la temática de los pacientes psiquiátricos es compleja y es producto de un conjunto de fenómenos, no solamente de los síntomas físicos.

Pero más que una crítica respecto de las ciencias y la episteme, Foucault (Opcit.) apunta a comprender la locura como el gran desafío pendiente de la ciencia positivista, a la cual no ha sido posible descifrar.

Pero, considerando lo que persiste hasta nuestros días gracias a la lepra, las enfermedades venéreas y posteriormente la locura, es que para ambos casos, la segregación social para estos enfermos actualmente también se vivencia, y como es sabido la intensión de excluirlos o abandonarlos se debió al imaginario colectivo que se desarrolló junto con no poseer los

conocimientos que con los años ha ido adquiriendo gracias a la ciencia positivista:

“Lo que durará más tiempo que la lepra, son los valores e imágenes que se habían unido al personaje del leproso; permanecerá el sentido de exclusión...los juegos de exclusión a menudo se repetirán, los pobres, los vagabundos, los muchachos de la correccional, tomarán nuevamente el papel abandonado por el ladrón...” (Ibíd: 8)

Así mismo sucede con el mundo de los “locos”, la locura se convierte en uno de los polos de discriminación y exclusión social, provocando con esto una ruptura social de segregación con las personas que poseen una enfermedad mental debido al conjunto de valores que siempre circundó a estas personas.

El autor plantea en sus escritos el denominado mundo correccional, señalando que al otro lado de los muros del internado, no solo se encuentra locura y pobreza, sino también rostros variados y diversas siluetas difíciles de reconocer, aludiendo a:

“Es claro que el internado, en sus formas primitivas, ha funcionado como un mecanismo social, y que ese mecanismo ha trabajado sobre una superficie muy grande, puesto que se ha extendido desde las regulaciones mercantiles elementales hasta el gran sueño burgués de una ciudad donde reinara la síntesis autoritaria de la naturaleza y de la virtud.” (Ibíd: 68).

Desde lo señalado, se presume que el sentido del internado se reduce a finalidades sociales que permiten a los grupos eliminar las diversidades, las heterogeneidades que les resulten nocivos y amenazantes para la sociedad.

El internado pasará a ser entonces la eliminación espontánea de los asociales.

Los “asociales”, según Foucault (Ibíd) eran aquellas personas que eran excluidas de la sociedad o de su medio natural: leprosos, locos y desconocidos aludiendo a que:

“No se había expulsado a los leprosos para contener el contagio; hacia 1657, no se ha internado a la centésima parte de la población de París para librarse de los "asociales". El gesto, sin duda, tenía otra profundidad: no aislaba extraños desconocidos, y durante largos tiempos esquivados por el hábito; los creaba, alterando rostros familiares en el paisaje social, para hacer de ellos rostros extraños que nadie reconocía ya...” (Ibíd: 69)

Esta exclusión volvía a los asociales, más extraños aún, los alejaba de su medio natural, segregándolos de su entorno, puede decirse, según el autor, estas acciones fueron las creadoras de la alienación.

Este campo de la alienación, en donde el loco se sintió expulsado, este campo ha sido circunscrito, según Foucault, por el espacio del internado, y la forma en que se ha ido formado y se ha desarrollado en el tiempo, nos indica la construcción de la locura. Según el autor, el Internado ha cumplido diversas funciones durante su historia: *“no solo ha desempeñado un papel negativo de exclusión, sino también un papel positivo de organización”.* (Ibíd: 71)

Este dominio nos ha llevado a la alienación mental, desde la experiencia de la locura, como un sentido de pertenencia. Para esto se ha necesitado de la organización del mundo, diferenciando lo del bien con lo del mal, entre el

normal y anormal, reconociendo a la vez nuevas normas de integración y control social.

Según el autor, existen ciertas prácticas que el siglo XVI, habría rechazado o ignorado y que el siglo XVII, va a retomar, agrupar y prohibir: *“para enviarlas al exilio, donde tendrán como vecina a la locura, formando así un mundo uniforme de la sin razón” (Ibíd: 71).*

Estas experiencias pueden apuntar a las nuevas concepciones del mundo moderno, a la sexualidad al interior de las familias burguesas, “la profanación en las relaciones con la nueva consagración de lo sagrado y de los hitos religiosos; el libertinaje, o nuevas relaciones que se instauran en el colectivo social. Y es así, que a fines del siglo XVIII:

“...con una de esas evidencias no formuladas— que ciertas formas de pensamiento "libertino", como el de Sade, tienen algo que ver con el delirio y la locura; con la misma facilidad se admitirá que magia, alquimia, prácticas de profanación y aun ciertas formas de sexualidad están directamente emparentadas con la sinrazón y la enfermedad mental. Todo ello contará entre el número de los grandes signos de la locura, y ocupará un lugar entre sus manifestaciones más esenciales”. (Ibíd: 80)

En definitiva, y según el autor, todas aquellas personas que padecían de alguna enfermedad, o eran consideradas asociales, (también aquellos que padecían hambre, peste y otras plagas), eran excluidas y segmentadas en Hospitales, ejerciendo en ellos las siguientes prácticas:

“Todos aquellos que se encuentran atacados de un mal venéreo no serán recibidos allí más que a condición de estar sometidos a

la corrección, ante todo, y azotados, lo que será certificado en su certificado de salida". (Ibíd: 89)

En la época clásica la locura fue tratándose mediante prácticas, mediante:

"Intenciones purificadoras, los latigazos, las meditaciones tradicionales y los sacramentos de penitencia. La intención del castigo, y del castigo individual, se vuelve entonces muy precisa. La plaga ha perdido su carácter apocalíptico; designa, muy localmente, una culpabilidad. Más aún, el "gran mal" no provoca esos ritos de purificación más que si su origen está en los desórdenes del corazón, y si se le puede atribuir al pecado definido por la deliberada intención de pecar...." (Ibíd: 93)

De esta forma el mal ya no es concebido, en el estilo del mundo, sino que comienza entonces a concebirse estas prácticas como "terapéutica", revelando una complicidad entre la medicina y la moral, dando sentido a prácticas purificadoras.

La curación de las enfermedades mentales es concebida desde el sentido religioso, de control y de represión, relacionando los sufrimientos humanos y las penitencias como curas de la eternidad, eximiendo al pecador o al enfermo de las penas externas: *"La coacción humana ayuda a la justicia divina, esforzándose por hacerla inútil. La represión adquiere así una eficacia doble, en la curación de los cuerpos y en la purificación de las almas..." (Ibíd: 98)*

El internado va facilitando y haciendo posibles los "remedios morales", desde castigos y terapéuticas, que se configuran como las actividades principales para enfrentar las enfermedades mentales, en los primeros asilos del siglo

XIX, desde la lógica de *"sacudir fuertemente la imaginación de un alienado, e imprimirle un sentimiento de terror"* (Ibíd: 98)

Según el autor, la familia en esta época juega un rol fundamental, ya que es la familia burguesa quien definirá la internación de los asociales:

"Una familia no va crecer en su seno a un individuo cobarde, dispuesto a deshonrarla. Para sustraerlo al fango, la familia se apresura a prevenir, por su propio juicio, al de los tribunales, y esta deliberación familiar es un aviso que el soberano debe examinar favorablemente..." (Ibíd: 98)

A principios de siglo XIX, según el autor, el conflicto del individuo con su familia se convertirá en asunto privado, y tomará entonces apariencia de problema psicológico. Sin embargo, durante el período de internamiento ha sido tema del orden público, que ponía a la base una especie de estatuto moral universal, la sociedad estaba interesada en el rigor de la estructura familiar, quien atentará contra esta estructura caía en el mundo de la sinrazón.

En la Época Clásica se internaba a todos los "asociales", incluyendo a personas con enfermedades venéreas, homosexuales, la prodigalidad, blasfemias y profanaciones. Estas últimas eran castigados, mediante sanciones "religiosas": picota, incisión de los labios con hierro candente, después ablación de la lengua y, finalmente, en caso de reincidencia, la hoguera.

Era asociado a lo irreligioso, entre la locura y la impiedad, y comienza a definir una región ambigua de la locura, en el cual lo sagrado comienza a

abandonarse a sí mismo, pero que aún no ha sido suplantada por los conceptos médicos, ni conceptos positivistas en que reina:

“...la impiedad, la irreligión, el desorden de la razón y el del corazón. Ni la profanación ni lo patológico, sino, entre sus fronteras, un dominio cuyas significaciones, siendo reversibles, siempre se encuentran colocadas bajo una condenación ética...”
(Ibíd: 100)

Los intentos de suicidios o los suicidas también tenían cabida dentro de los “asociales”, en la época clásica, En los registros de las casas de internamiento encontramos a menudo la mención: "Ha querido deshacerse", sin que se mencione el estado de enfermedad o de furor de la persona.

“...En sí misma, la tentativa de suicidio indica un desorden del alma, que debe reducirse mediante la coacción. Ya no se condena a quienes han tratado de suicidarse; se les encierra, y se les impone un régimen que es, a la vez, un castigo y un medio de prevenir toda nueva tentativa. Es a ellos a quienes se han aplicado, por primera vez en el siglo XVIII, los famosos aparatos de coacción, que la época positivista utilizará como terapéutica: la jaula de mimbre, con una tapa abierta para la cabeza, y en la cual están liadas las manos, o "el armario", que encierra al sujeto de pie hasta la altura del cuello, dejando solamente libre la cabeza...”
(Ibíd: 103)

Así la concepción del suicida se encontrará anexado al “dominio neutro de la sin razón”. El sistema de represión por el cual se le sanciona lo libera de la profanación y lo define como una conducta moral, que lo llevará progresivamente a relacionarlo con la psicología y con la patología.

Es así como paulatinamente a través de la historia, se produce una mayor aceptación de la locura, lo que conlleva a que se acreciente la creación de instituciones centradas en el cuidado y atención de las enfermedades mentales.

“Actualmente, la psiquiatría sigue trabajando en el estudio etiológico de la enfermedad mental incluyendo nuevas etiologías como la herencia genética, en busca del desarrollo de medidas de diagnóstico y tratamiento más precisas para los problemas de salud mental” (Amaya; Opcit: s/p)

A finales del siglo XIX y comienzos del XX se inicia una nueva tendencia determinada por la creación y desarrollo de los hospitales mentales y/o psiquiátricos.

2. La Psiquiatría

El presente estudio incorpora en su marco teórico la Psiquiatría tradicional y parte de su historia, con el fin de realizar una descripción de la forma en que se concebía la enfermedad mental en décadas anteriores, a fin de ir connotando los cambios y las modificaciones o avances que ha tenido el concepto de enfermedad mental y las intervenciones sobre ellas,

“La Psiquiatría (del griego psiqué, alma, e iatréia, curación) es la especialidad médica dedicada al estudio de la mente con el objetivo de prevenir, evaluar, diagnosticar, tratar y rehabilitar a las personas con trastornos mentales y desviaciones de lo óptimo”.
(Hales, 2009: s/p)

El estudio de los problemas mentales es relativamente nuevo. Ya como se ha visualizado aún persisten hasta nuestros días la exclusión de las personas con enfermedades mentales,

“Todavía en el siglo XIX los enfermos mentales eran recluidos en asilos donde recibían "tratamientos morales" con el fin de disminuir su "confusión mental" y "restituir la razón". En el siglo XIX surgió por primera vez el concepto de "enfermedad mental" y la psiquiatría haría su ingreso definitivo a la medicina. En 1896 Emil Kraepelin diseñó un sistema de identificación y clasificación de los problemas mentales que se convertiría en la base de los estudios psiquiátricos modernos” (Ibíd: s/p)

La Psiquiatría, según su forma de aplicación se puede comprender gracias a dos divisiones, una que se basa en el positivismo de la ciencia y el otro que tiene sus fundamentos en otros factores adicionales. Se puede entender como:

“Aplicación como ciencia: Donde su objetivo es el estudio de la enfermedad mental, básicamente desde los efectos bioquímicos y ambientales sobre la dinámica del comportamiento de los individuos.

Aplicación en medicina: La que se visualiza como una herramienta al servicio del hombre, donde esta rama suele adoptar un modelo biologicista para afrontar las enfermedades mentales, pero además considera los factores psicológicos, socio/culturales y antropológicos que puedan estar afectando a las personas en su calidad de vida.” (Ibíd: s/p)

Se ha comprobado que la psicoterapia, o tratamientos psicológicos, han demostrado ser eficaces en muchos problemas psiquiátricos (o psicopatológicos desde la psicología), según Hales, lo que avala los tratamientos por esta vía para las personas que sufren este tipo de enfermedades.

Según diferentes modelos, su acción puede desarrollarse en un hospital (psiquiatría hospitalaria), en la atención primaria (psiquiatría ambulatoria) o en la comunidad (psiquiatría comunitaria).

La psiquiatría comunitaria, es la que más se aproxima a los enfoques del proyecto “Juntos Construimos un Sueño”, siendo uno de los objetivos prioritarios la reinserción social y rehabilitación de los pacientes psiquiátricos, en pro de una mejor calidad de vida, y la activación de las redes locales, a modo de vincular e integrar a los pacientes en éstas.

2.1. Tratamientos

Dentro de la psiquiatría tradicional, según Hales (Ibíd) existen diversos tratamientos para dar respuesta a las enfermedades o patologías mentales. Los tratamientos psiquiátricos suelen dividirse en dos tipos: biológicos y psicoterapéuticos, corresponden a los siguientes:

1. Los Tratamientos biológicos, son aquellos que generalmente se conocen como provenientes desde la psiquiatría, actuando en un nivel bioquímico en el cerebro del paciente, como es el caso de los psicofármacos.
2. Los Tratamientos Psicoterapéuticos, son aquellos que tienen su base en las técnicas como la psicoterapia para mejorar la calidad de vida del paciente. Son tratamientos que la Psiquiatría ha incluido a partir de las corrientes terapéuticas como el Psicoanálisis, Terapia Gestalt, entre otras.

Los fármacos psicotrópicos son el tratamiento biológico más común utilizado en la actualidad (no por tanto necesariamente el mejor), mientras que en los tratamientos psicoterapéuticos se puede hacer la derivación a otros profesionales como psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, etc., siempre y cuando tengan acreditación como terapeutas y estén bajo la supervisión de un médico psiquiatra.

La Psiquiatría, define a la enfermedad mental como:

“La enfermedad mental es una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerado como anormal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Se encuentra alterado el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de la vida”. (Ibíd:s/p)

La psiquiatría tradicional considera a la enfermedad mental como una patología, incluyendo en mediana consideración los factores sociales y el contexto, que vendrían a influir considerablemente en el avance o en el progreso de la enfermedad como tal. Este factor es relevante para el presente estudio.

Según Hales (Ibíd) plantea que en los siglos XVI al XVIII, el hospital se configura como el lugar institucionalizado con una doble función, por un lado va a ser el instrumento que va a dar respuesta al problema de la pobreza, la enfermedad y la marginación, sirviendo de albergue para pobres, locos, desvalidos y todo tipo de marginados, al tiempo que un instrumento de control social.

Durante siglos, el tratamiento de las enfermedades mentales se ha relacionado con centros hospitalarios.

A principios del siglo XIX, se va configurando el manicomio como la institución específica para la atención del enfermo mental desempeñando diferentes funciones: por un lado, una función médica, de tratamiento y curación, pero cuya eficacia es escasa por la ausencia de terapias eficaces y por las precarias condiciones de atención y de vida dentro de éstos y que se podrían resumir en masificación, escasez de personal y precariedad de los medios y de condiciones. Y por otro lado una función social, un lugar de asilo y refugio protegido para aquellos que no contaban con medios ni capacidad para afrontar la vuelta a su comunidad.

El manicomio acabó estructurándose como institución total, el objetivo terapéutico, el tratamiento médico y el cuidado fueron perdiendo peso y fue primando cada vez la función de control social que la de tratamiento.

Al finalizar la segunda guerra mundial, apareció un movimiento el cual tuvo la tendencia a romper el aislamiento psiquiátrico tradicional, creando en ellos un ambiente terapéutico. Este modelo integra la prevención, el tratamiento, y rehabilitación de los trastornos mentales, vinculando a las redes locales en su intervención.

A principios del siglo XX, existían distintas teorías, respecto al origen de los trastornos mentales, unas que se relacionaban con la concepción de la enfermedad mental como algo somático:

“se creía que la enfermedad psíquica no era una enfermedad independiente de la psique sino un síntoma de una entidad orgánica, tal como una lesión cerebral, un desequilibrio endocrino o un trastorno no metabólico”. (Mendoza; 2002: 48).

Teorías paralelas a estas (darwinistas) eran las que apuntaban a que la locura era algo hereditario, que formaba parte de la selección natural para apartar los miembros débiles y defectuosos de la raza.

Una tercera teoría recolecta aportes científicos tanto de la orgánica como de la darwiniana, admitiendo la existencia de enfermedades somáticas y hereditarias, pero dando además connotación e importancia para el tratamiento de las enfermedades mentales el contexto, la cultura, la familia, la educación y el ambiente más que los rasgos corporales actuando por sí solos.

Desde esta perspectiva en el tratamiento de estas enfermedades o trastornos mentales se fueron incorporando a las prácticas médicas el enfoque de los asistentes sociales, para obtener la visión familiar y las historias personales y sociales de los pacientes, a modo de obtener luces que arrojaran causas de estas enfermedades y posibles técnicas a utilizar en los tratamientos.

Según la Biblioteca Tecnológica de El Salvador, el movimiento de psiquiatría comunitaria de los Estados Unidos, respaldado por la Ley de Salud Mental de 1963, tuvo repercusiones en América Latina, planteando en varios países la posibilidad de establecer centros comunitarios de salud mental.

Es a partir de esta fecha que el tema de la salud mental comunitaria es discutido con mayor fuerza entre psiquiatras, administradores de salud,

enfermeros, psicólogos y asistentes sociales y fue en esta misma década donde se gestaron algunos programas de salud mental comunitaria.

2.2. La Psicopatología

Otro de los conceptos que se mencionan dentro de la psiquiatría tradicional y que ha tenido lugar al momento de estudiar las enfermedades mentales, es la psicopatología, que se entiende como:

"el conjunto ordenado de conocimientos relativos a las anormalidades de la vida mental en todos sus aspectos, inclusive sus causas y consecuencias, así como los métodos empleados con el correspondiente propósito...; su fin último no es el cuidado del individuo anormal o enfermo, sino el conocimiento de su experiencia y de su conducta, como hechos y relaciones susceptibles de ser formulados en conceptos y principios generales" (Delgado; 1969: s/p)

La psicopatología para su objeto de estudio obtiene información del paciente a través de datos clínicos, epidemiológicos y estrategias experimentales y los tipos de investigación son diversos. Uno de estos es el de correlación, que en ocasiones no es muy objetivo debido a su gran generalización de las personas.

En definitiva, Delgado (Ibíd.) considera que los factores biológicos tienen influencia en el comportamiento y conducta de las personas. Sin embargo, es importante considerar el contexto en la manera en que se comporta y se desenvuelven los seres humanos. Existen estudios que señalan que el 30% está determinado por lo biológico y el 70 % por las influencias ambientales.

2.3. Psiquiatría Comunitaria

Es con la historia y con los procesos culturales que se va desarrollando la Psiquiatría Comunitaria y se va implementando en las prácticas médicas en el tratamiento de las enfermedades mentales.

El proyecto “Juntos Construimos un sueño”, se aproxima a una implementación de la Psiquiatría Comunitaria, ya que la modalidad de Hogar Protegido tiene la finalidad de que los pacientes interactúen con su medio más inmediato y se vinculen a las redes locales de apoyo.

Es por lo anteriormente mencionado que en el presente estudio, se considera relevante hacer una revisión de los cambios que ha ido teniendo la psiquiatría tradicional, que ha incorporado en sus prácticas médicas el modelo de la psiquiatría comunitaria. Además, es necesaria la revisión de las distintas formas de concebir la enfermedad mental durante el transcurso del tiempo.

En razón de lo anterior es que se considera preponderante en este estudio revisar el concepto de psiquiatría comunitaria a fin de entender y comprender las bases en las que se funda y a las que se aproxima el Proyecto mencionado.

Mediante lo anterior, es que emerge la rama comunitaria al interior de la psiquiatría, integrando a las prácticas médicas, elementos sociales y factores ambientales y culturales que influirían en la aparición y desarrollo de las enfermedades mentales, es por esto que se considera importante en esta rama, incorporar estos elementos y factores sociales en el tratamiento e intervención de las enfermedades mentales.

La Psiquiatría Comunitaria promueve la problematización de la promoción, prevención, rehabilitación y reinserción social en salud mental. Esta postura, forzosamente la lleva a difundir y fortalecer el protagonismo de las personas y las comunidades, el desarrollo de las redes sociales locales y territoriales, trabajando en conjunto con las redes formales o institucionales, y a propiciar la integralidad de la política social, promoviendo la autonomía, la calidad de vida y el desarrollo integral de los seres humanos y las comunidades, todos estos factores críticos para lograr una eficaz intervención dentro del marco de la reinserción y rehabilitación social.

2.4 Reinserción social

Cuando los pacientes psiquiátricos o las personas con discapacidad mental tienen una autonomía en mayor o menor grado para poder desenvolverse en los distintos ámbitos de la sociedad, a menudo se enfrentan con dificultades a causa de su discapacidad. Esto se debe muchas veces a los prejuicios y estereotipos que preponderan respecto a sus capacidades. Si bien, existen políticas a favor de promover esta integración de los pacientes psiquiátricos, predominan aún obstáculos para la inserción y acceso a la salud, educación y oportunidades laborales.

El Instituto de Previsión Social (INP) (2008) sostiene que un elemento que limita de manera importante el desarrollo de las personas con discapacidad mental es el énfasis que la sociedad le otorga al plano intelectual, el que constituye el área vulnerable de estas personas. Valorar y aprovechar sus potencialidades y otras capacidades ha sido un extenso trabajo de las entidades y personas vinculadas a esta realidad.

Para superar los obstáculos que pone el entorno a las personas con discapacidad mental, implica mantener una mirada integral del sujeto, de sus

capacidades y sus funciones, además de abordar sus necesidades de manera compleja.

Hoy en día, han existido avances en este sentido, y según lo que refiere el INP (Ibíd.) prevalece hoy la digna referencia de discapacidad intelectual. Se trata de un concepto que aclara que la discapacidad se ubica a nivel intelectual y que el resto de la persona está llena de capacidades y posibilidades.

Bajo este concepto el INP (Ibíd) señala que es importante que los pacientes psiquiátricos sean estimulados tempranamente y tengan acceso al sistema educacional.

De acuerdo a lo anteriormente mencionado, se infiere que existen diversos factores que implican la reinserción de personas con discapacidad mental, estos factores apuntan al acceso a los sistemas de nuestra sociedad, salud educación y trabajo. En razón de lo anterior y de acuerdo a las nuevas concepciones de la salud mental que se señalan en el Plan Nacional de Salud Mental, desde la configuración de los derechos y donde los obstáculos y limitaciones las pone el entorno, la clave se encontraría en que:

“la sociedad les permitiera a estas personas llevar una vida integrada y satisfactoria, aunque no posean un coeficiente intelectual determinado. Los desafíos de las sociedades modernas apuntan en este sentido a aceptar, respetar e incorporar a la diversidad en todos los planos de la vida” (Ibíd:79)

Desde este marco es que se hace necesario que la sociedad como tal adopte una mirada integradora e inclusiva de las personas con discapacidad mental,

y como lo señala la Anti-psiquiatría el auge en lo social es fundamental para la recuperación y rehabilitación de los pacientes psiquiátricos.

“La discapacidad no es una enfermedad, es una condición humana. El desconocimiento, la sobreprotección, el aislamiento y la burla son actitudes que evidentemente debilitan la autoconfianza de las personas con discapacidad mental, limitando sus condiciones para desenvolverse y aprovechar sus habilidades remanentes en función de un desarrollo acorde a su etapa de vida”
(Ibíd.: 80)

El proceso de rehabilitación, reinserción o integración social de las personas con discapacidad mental será facilitador para ellos, en la medida que exista un diagnóstico lo más amplio y complejo posible, que considere no solo las limitaciones sino también las capacidades y potencialidades de los sujetos. Para ello se requieren políticas públicas integrales, recursos y un sistema más integrador y participativo. *“En definitiva, igualdad y equiparación de oportunidades por la sola razón de los derechos y no de la caridad”* (Ibíd.: 81)

Desde esta premisa, en Chile a partir de los años noventa:

“la salud mental es un eje relevante de las políticas de salud del país constituyendo un problema de salud pública. De esta manera, se inicia un proceso de cambios en la concepción y estructuras de la atención psiquiátrica, en concordancia con los cambios en el resto del mundo: menos institucionalización y mayor detección y atención temprana”. (Ibíd: 86)

En esta época se comienza a implementar el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría que funda acciones proyectadas hacia la evolución de la

atención psiquiátrica, con un nítido significado en el desarrollo de Servicios de Psiquiatría y Hospitales Diurnos en los Hospitales Generales en todo el territorio nacional.

En pocos años se cambió la visión institucionalizadora por la visión integrativa e inclusiva con la comunidad. La salud mental es hoy en día, una política de Estado, con lineamientos concretos en ámbitos como la promoción, prevención y detección temprana y continuidad del tratamiento, y se le da un auge importante al trabajo con la comunidad y con los espacios locales, a fin de que los pacientes psiquiátricos interactúen, se relacionen y sean parte de su entorno más inmediato, el vecindario local.

2.5. Participación comunitaria

A nivel local, la participación significa un importante paso para la transformación de realidades creando nuevos desafíos a los cuales la organización de los individuos y colectividades busca responder.

La participación en la comunidad se ha transformado en una herramienta estratégica para el desarrollo de las localidades y en el avance de sus problemáticas logrando el empoderamiento de las personas y el protagonismo sobre su propia realidad.

Es por esto que la participación incide directamente en los procesos sociales que vivencia las personas o un determinado grupo. Entenderemos de acuerdo al contexto de la presente investigación por participación comunitaria como aquel:

“Proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a salud y bienestar propios y los de la colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y al de la comunidad” (OMS, Declaración de Alma Ata: s/p)

A través de la Declaración de Alma Ata, realizada durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, la participación comunitaria y social se constituyó como una estrategia principal para alcanzar el empoderamiento en lo local, entregando las herramientas necesarias para realizarlo: *“Dentro de esta estrategia se determinó que la participación comunitaria era la clave para hacer llegar los servicios de salud a toda la población.” (Dieguez, Reynosa, Arcia, 2006: s/p)*

Como se puede visualizar en estas declaraciones, el progreso en las comunidades, grupos o individuos ha tenido, tiene y tendrá que ver con la interacción humana que ha sido capaz de generar a través de la comunicación, importantes pasos para lograr consenso, satisfacción de necesidades o bienestar.

Dentro de lo local, la participación comunitaria permite generar la unión de ideas y criterios para llegar a un fin en común constituyéndose de esta forma una acción colectiva.

Dicha conjunción de ideas de un grupo determinado de personas, permite que la participación en lo local favorezca la toma de decisiones de la comunidad, de acuerdo a los intereses y necesidades que ésta estime conveniente.

En salud, la temática de la participación comunitaria nos permite visualizarla hoy en día como una herramienta fundamental que:

“Asume responsabilidades específicas fomentando la creación de nuevos vínculos de colaboración a favor de la salud...y permite la coordinación estrecha entre la comunidad, organismos locales, organizaciones y el sector salud” (Nario, 2008: s/p)

La participación comunitaria hoy en día es un lineamiento de trabajo que genera una efectividad directa en el medio local, debido a la interacción e intervención de los propios protagonistas de la comunidad, facilitando la toma de decisiones, la interacción con las organizaciones formales e informales, la creación de una identidad colectiva y la calidad de vida de los individuos y grupos en la comunidad.

3. Conceptos Generales de la Anti-psiquiatría

La Anti-psiquiatría, nacida en 1969 con David Cooper, se define como *“un movimiento alternativo a la institucionalidad psiquiátrica dominante y sus métodos” (Molinari; 2000: 135)*

Esta afirmación quiere decir que la Anti-psiquiatría es una rama que vino a proponer nuevos métodos para la psiquiatría tradicional, incorporando en ella los factores psicosociales de los pacientes.

Cuando se incluye dentro de la Psiquiatría estos factores del entorno y del propio individuo, va transformándose la visión hacia una psiquiatría que: *“quiere ser una proposición que sustituya la vieja cultura médico-psiquiatra, por una alternativa de intenso énfasis humanístico” (Ibíd.: 135)*

Cabe mencionar para la realización de esta investigación que la percepción de las organizaciones sociales comunitarias del sector para la Anti-psiquiatría, un factor relevante de considerar ya que, la propuesta de la Anti-psiquiatría es: *“considerar como propio de su operar el terreno o territorio social público, más bien que los ámbitos cerrados de las academias o corporaciones profesionales”* (Ibíd.: 136)

Dicho elemento es central para el Proyecto “Juntos Construimos un Sueño”, ya que sus lineamientos correspondientes a desarrollar Hogares Protegidos dentro de la comunidad, tiene por objetivo vincular a los pacientes del Hogar N°5 y de los otros hogares, con su entorno más cercano de donde residen, atribuyendo esto al `terreno o territorio social público` del que habla el autor citado.

4. Historia de la Anti-psiquiatría

La Anti-psiquiatría tiene su historia desde el siglo XX en los principales debates sociológicos de Europa, por lo que podemos decir que la Anti-psiquiatría es reciente dentro de la discusión paradigmática de los intelectuales.

Según Molinari (Ibíd.) son ilustres precursores en la década de los 20´ y 30´ , sociólogos franceses y alemanes importantes pertenecientes a la Escuela de Frankfurt, quienes consideran los métodos de la psiquiatría tradicional e incorporan en la `Teoría social` que desarrollan en la época sus pensamientos acerca del poder y libertad ejercidos sobre las personas que sufren enfermedades mentales.

Este nuevo movimiento de la Escuela de Frankfurt se conforma en una nueva izquierda que revoluciona el pensamiento de la época, cuestionando tanto las

teorías políticas y sindicales convencionales como sus formas de organización.

En el ámbito político-económico de la época está presente la visión de las nuevas formas de capitalismo que: *“tienden a convertir la totalidad de la vida en objeto de dominación” (Desviat; 2009: s/p).*

Este dato es significativo para comprender la relevancia del paradigma capitalista en la autoridad que representa el sistema institucional psiquiátrico el cual afianza sus bases a partir del modelo político – económico imperante.

También debemos rescatar que, como plantea Desviat (Ibíd.) en su publicación “Crítica a la razón Psiquiátrica a partir de la Escuela de Frankfurt”, que la libertad del hombre se ve oprimida no sólo en términos económicos y políticos, sino también psicológicos:

“...desde la filosofía, la sociología, el psicoanálisis, la cultura y la política, pensadores como Lefebvre, Marcuse, Reich, Adorno, Brown, Gabel hacen ver que la liberación del hombre no puede definirse sólo en términos de explotación económica y represión política, dejando de lado la multidimensionalidad de la existencia humana y sus formaciones sociales. Cualquier revolución que quiera tener en cuenta las verdaderas necesidades del hombre tiene que considerar la opresión psicológica, rompiendo la dicotomía entre lo individual y lo político: debe llevar la subversión a la esfera privada, la familia, la ciudad, el ocio.” (Ibíd: s/p)

Es de esta manera como Cooper (Opcit.) desarrolló dentro de un establecimiento psiquiátrico en Londres su experimento, en el llamado “Pabellón 21”. Para más conocimiento acerca de la experiencia relatada

dentro de su libro, y posterior análisis de información dentro de ésta investigación, podemos decir que:

“En esta unidad se buscó cambiar el rol tradicional de médicos y pacientes, e investigar la interacción familiar y grupal en la esquizofrenia. Progresivamente, las reglas y las diferencias entre el personal y los enfermos se fueron disolviendo hasta casi desaparecer. Al evaluar los resultados del experimento, los 42 pacientes del Pabellón 21 pudieron salir de alta antes de un año (3 meses en promedio), sin haberse utilizado choque insulínico, electrochoque o dosis altas de medicamentos; un año después sólo el 17% fue reinternado, siendo una cifra menor que la de los tratamientos habituales en ese entonces.” (Stucchi; 2006: s/p)

Dentro de la obra escrita por Cooper (Opcit.), se desarrolla este nuevo discurso anti-psiquiátrico que vino a remover la psiquiatría positivista y que nos permite visualizar fuertemente el lado social de las enfermedades mentales a partir de su experimento desarrollado.

Stucchi (Opcit.) hace énfasis en cómo la sociedad es la que termina por “invalidar” a las personas imponiendo a algunos “el rótulo de “esquizofrénicos”, siendo estos:

“víctimas de la violencia (entendida en su sentido más amplio y no únicamente como violencia física) que sobre ellos ejercen los “sanos” con la “complicidad” de los psiquiatras, violencia que alcanza su máxima expresión en el internamiento manicomial.” (Ibíd: s/p)

Se dice que la enfermedad mental está basada en la disfunción social (Stucchi; Opcit.), y hace referencia principalmente en la esquizofrenia ya que en el “Pabellón 21” sólo existían personas que padecían esta enfermedad. Para este autor la esquizofrenia:

“es una situación de crisis microsocial en la cual los actos y la experiencia de cierta persona son invalidados por otros, en virtud de razones culturales y microculturales (por lo general familiares) inteligibles, hasta el punto de que aquélla es elegida e identificada de algún modo como “enfermo mental”, y su identidad de “paciente esquizofrénico” es luego confirmada (por un proceso de rotulación estipulado pero altamente arbitrario) por agentes médicos o cuasi médicos.” (Ibíd: s/p)

Para comprender la Historia de la Anti-psiquiatría, hemos comenzado por la presentación de los precursores de este movimiento crítico reciente en Europa. Pero más específicamente en Italia en la década de los 70’ es cuando se asienta esta ideología de carácter humanista: *“...fue en este país donde se desarrollaron y produjeron los mayores impactos estructurales más radicales elaborados por profesionales alternativos a la tradición psiquiátrica” (Molinari; Opcit: 136).*

Se comienza a visualizar en distintas localidades italianas como Gorizia y Perugia una constante lucha contra la institucionalidad desde el interior de estos establecimientos médicos, alterando el funcionamiento normal de los manicomios, evitando el encierro involuntario y permitiendo la entrada libre de la comunidad a los recintos hospitalarios. Como consecuencia comienza a establecerse los canales necesarios con las autoridades para dialogar y ubicar al psiquiátrico en su dimensión fundamentalmente social.

Para la Anti-psiquiatría el contacto con el entorno social es fundamentalmente necesario, esto se logra a través de las distintas organizaciones, los movimientos sociales y autoridades: *“la difusión y multiplicación de esta “nueva psiquiatría” va acompañada de cada vez mayor participación de actores sociales” (Ibíd.: 137)*

Ya pasado el tiempo uno de los hitos mayores en la historia de la Psiquiatría y Anti-psiquiatría italiana, es la aprobación del parlamento italiano de la “Ley 180” o la “Ley antimanicomial” en el año 1978, donde quedan especificados algunos de estos puntos:

1-“Queda en cualquier caso prohibido construir nuevos hospitales psiquiátricos...”

2-“Los exámenes y tratamientos sanitarios son voluntarios”

3-“Si hay lugar a excepciones se han de actuar en el respeto de la dignidad de las personas y de los derechos civiles y políticos garantizados por la constitución...” (Ibíd.: 138)

Algunas de las explicaciones que Molinari (Ibíd.) arguye sobre el factor social en la rehabilitación de los pacientes psiquiátricos, es que la efectividad de la “ley 180” en pequeñas localidades italianas se genera a partir de que: *“en el pequeño centro de las urbes se produce el mayor impacto y participación de la comunidad en un movimiento de defensa cívica por los derechos de las minorías ciudadanas...” (Ibíd.: 138)*

Molinari (Ibíd.) sigue planteando sobre las relaciones que los pacientes psiquiátricos tienen con su entorno social permitiéndoles que:

“el tejido social-relacional sean más articulados y los movimientos de opinión no se diluyen en lo general...los sujetos marginados o perseguidos en una ciudad pequeña no son ‘gente’ genérica sino personas con identidad para la comunidad y sus problemas aparecen más a la vista y al conocimiento y responsabilidad de todos.” (Ibíd.: 138)

Molinari (Ibíd.) sostiene que una segunda razón relevante de analizar a la hora de intervenir con pacientes psiquiátricos en una localidad determinada, la cual está definida por una mayor permeabilidad del gobierno local (comunal, provincial) de una comunidad pequeña, lo que fortalecería la vinculación de personas con enfermedades mentales con las instituciones político – administrativas de su región residente.

Se ha considerado que la historia de la Anti-psiquiatría en Italia es una de las que más impacto ha tenido y una de las más avanzadas hasta nuestros días en el mundo.

5. Aspectos Sociales de la Anti psiquiatría

Según Molinari (Ibíd.) dentro de la Anti-psiquiatría, podemos encontrar los Postulados Fundacionales lo que nos permitirá concentrar los principales ideales de este movimiento crítico, éstos serían:

“Parte importante de la psicopatología tradicional es el reflejo en lo individual de aberraciones institucionales.

-Muchas veces la hospitalización del enfermo mental es una operación que responde mejor a una necesidad de control social que de terapia médica.

-Las concepciones tradicionales no consideran el carácter histórico de las enfermedades mentales, es decir, el cómo las relaciones económico – sociales influyen sobre ella.

-La segregación de minorías (locos) es frecuentemente expresión de cobardía ante el desafío de la complejidad (locura)

-La acción social y los cambios políticos, la justicia y las condiciones económicas de vida deben ser las llaves de la prevención más bien que ignorar la problemática socio-sanitaria que conduce como última alternativa a la intervención directa sobre el individuo y su comportamiento” (Ibíd.: 139)

Mediante lo anteriormente señalado se pretende comparar los ideales anti-psiquiátricos con la intervención producida en los Hogares Protegidos dispuestos en la comunidad por el Proyecto “Juntos Construimos un Sueño”, específicamente en el Hogar N° 5 y su relación con las distintas organizaciones sociales del sector de la unidad vecinal N° 17 “Lautaro”, considerando a estas como medio de rehabilitación y reinserción social de los pacientes psiquiátricos antes mencionados.

Es por esto, que en este capítulo se ha realizado un recorrido por los aspectos generales de la psiquiatría, pasando por su tratamiento, por el significado de la psicopatología, considerando a los factores biológicos como influyentes en el comportamiento y la conducta del individuo, lo que permite entender y comprender cómo el contexto que rodea a las personas que padecen de algún tipo de enfermedad mental inciden en su rehabilitación.

Se incorporó la mirada de Foucault (Opcit.) para comprender desde donde se acuña el concepto de locura y cómo se concebía los trastornos mentales en la época clásica.

Se incorpora la Anti- psiquiatría con conceptos fundamentales, la organización y la participación de los pacientes tanto interna como externa, aspectos fundamentales para la rehabilitación de los residentes e integración en la comunidad.

II PARTE

MARCO REFERENCIAL

CAPÍTULO II

SALUD MENTAL Y ESTRATEGIAS PARA PROMOVER DERECHOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD MENTAL.

En nuestro país la salud mental, sus oportunidades de rehabilitación y tratamiento crece cada vez más fuertemente, al igual que el número de personas que son afectadas por este tipo de patologías. Por esta razón se ha creado dentro de las políticas públicas el Plan Nacional de Salud Mental que se aboca a regular y legislar la temática de las enfermedades o patologías mentales.

1. Plan Nacional de Salud Mental

Según el Plan de Salud Mental en nuestro país las enfermedades se han acrecentado: *“en Chile se calcula que 450 millones de personas sufren actualmente de trastornos mentales” (Zaccarúa y Minoletti, Opcit: 43).*

Sin duda los trastornos o enfermedades mentales, causan en la población chilena, tanto como para los afectados y sus familiares y en la sociedad en general, impacto en lo emocional, en lo financiero y en lo comunitario.

Entre las líneas de acción aplicadas en el Plan Nacional del año 2000, se encuentra uno de los pilares más importantes que hoy día propone la psiquiatría comunitaria, como es el caso del trabajo con la comunidad,

“el desarrollo de servicios comunitarios de salud mental, la integración de la atención 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”. (Ibíd.: 43)

En el presente estudio, referido a la reinserción social de los pacientes psiquiátricos del Hogar N° 5, se cree preponderante ahondar respecto a la salud mental, en cuanto a la visión estatal y la implementación de políticas de salud, en función de dar respuesta a las enfermedades o trastornos mentales existentes en nuestro país, así como también entregar las herramientas necesarias a los pacientes psiquiátricos para su rehabilitación y reinserción social desde el trabajo con las comunidades.

1.1 Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría

El Plan Nacional de Salud Mental tuvo sus mayores aportes desde los últimos años de la década de los 90' y los primeros del nuevo siglo. Con esto, queda de manifiesto que la salud mental y las políticas en esta área de la salud, corresponden a una propuesta incipiente en nuestro país, que aún debe desarrollarse para alcanzar los niveles de calidad que la población psiquiátrica necesita,

“se fue elaborando desde 1999, recogiendo la experiencia acumulada, principalmente en esta última década. La propuesta surge desde un gran número de profesionales, técnicos, usuarios y sus familiares, expertos de las sociedades científicas, de colegios profesionales,... Así mismo, recogió los aportes de expertos de varios países y organizaciones internacionales.”
(Servicio de Psiquiatría Forense; 2008: 32)

El citado Plan Nacional de Salud Mental, tiene como propósito fortalecer la calidad de vida de las personas afectadas por enfermedades psiquiátricas, lo que se remite a todas las áreas de su vida, la familia, el entorno social más cercano, las comunidades, entre otros, apoyando el bienestar integral de éstos.

Esta política busca fortalecer la calidad de vida de las personas en un entorno específico, ya que busca:

“contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para relacionarse entre sí y con el medio ambiente, de modo que promuevan el bienestar subjetivo, el desarrollo y el uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognoscitivas, afectivas y relacionales, y el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común” (Ibíd.: 32)

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría tiene énfasis en recalcar que el enfoque comunitario es lo más relevante dentro de los últimos años y es crucial a la hora de generar alternativas de rehabilitación y reinserción social para las personas con problemas de salud mental.

Se basa este Plan en intervenciones fundamentadas en los últimos en términos estratégicos, este plan establece que:

“se deben crear servicios de salud mental y psiquiatría en red — dentro del sector de la salud y junto con otros sectores— en los que participen el usuario y sus familiares y en los que las organizaciones locales desempeñen un papel destacado en el desarrollo de los servicios.” (Ibíd: 26)

Es en este marco donde se desarrolla el Proyecto “Juntos Construimos un sueño”, en la modalidad de hogar protegido, que se aproxima a la psiquiatría comunitaria, promoviendo el trabajo en conjunto con las redes locales e intersectoriales, en función de promover la reinserción social y rehabilitación de los pacientes que residen en los hogares protegidos.

1.2. Modelo de Intervención

Según el Plan Nacional de Salud Mental, se han instaurado, por diversos factores, ya sea el desarrollo de nuevos psicofármacos y el establecimiento de un enfoque nuevo respecto de los trastornos psiquiátricos, basado en criterios psicológicos, sociológicos y antropológicos, los cuales han contribuido a la evolución de los modelos de intervención para trastornos psiquiátricos, desde el nivel hospitalario hasta la intervención comunitaria.

Una afirmación fundamental dentro de este estudio y que valida la presente investigación, es lo que plantea el Plan Nacional de Salud Mental sobre las intervenciones comunitarias, basada en las experiencias de psiquiatría comunitaria desarrolladas;

“el modelo comunitario se ha venido implementando desde en los últimos 10 años, que según investigadores ha sido el mejor modelo implementado para la atención de enfermedades psiquiátricas, desde el punto de vista terapéutico y de rehabilitación” (Zaccaría y Minoletti; Opcit: 31)

Mediante los resultados obtenidos de la implementación de la psiquiatría comunitaria, se ha demostrado que los factores biológicos no explican del todo los trastornos y enfermedades psiquiátricas, ya que existen:

“factores psicosociales que condicionan la aparición de las enfermedades mentales, mediante una compleja interacción entre la persona, y su entorno social inmediato”. (Ibíd.: 31)

Según el modelo comunitario, expuesto en el Plan Nacional de Salud Mental, permite que los recursos asistenciales disponibles tanto a nivel público-estatal o privado, se apliquen a los trastornos o patologías psiquiátricas en una determinada población y espacio geográfico en forma coordinada e integrada, dando prioridad a las estrategias y habilidades de los agentes locales de integración y participación, esto según las realidades de cada localidad y de cada grupo sociocultural. Según este modelo el recurso y el eje de apoyo organizativo central está puesto en el equipo profesional de salud mental y de psiquiatría comunitaria:

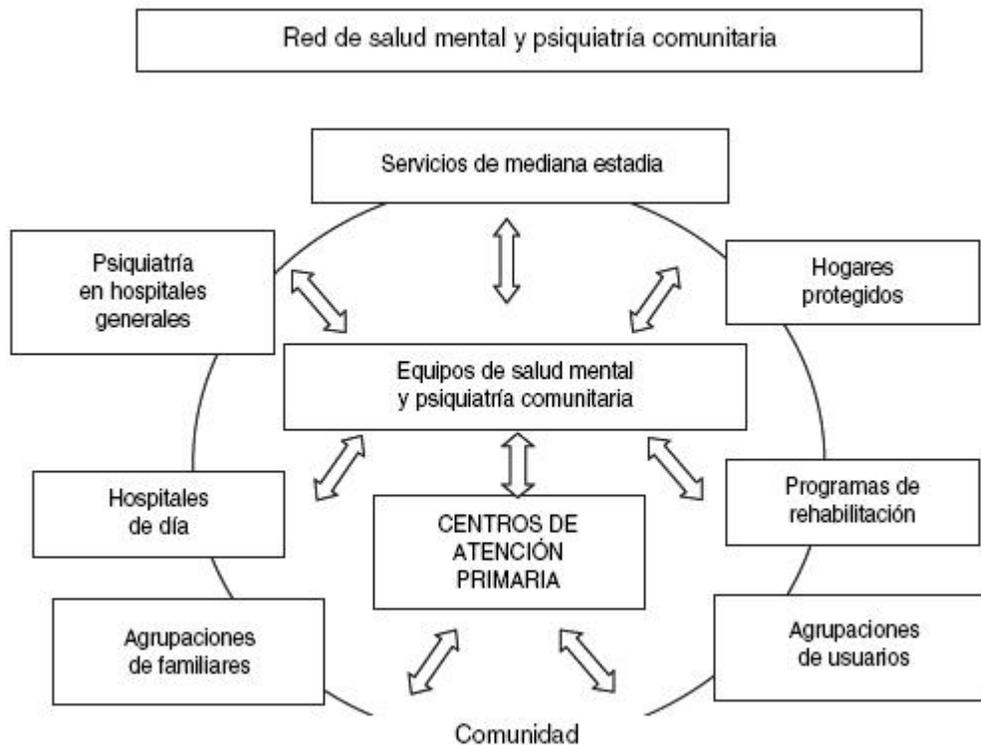
“Este modelo cumple con las recomendaciones de la OMS para la organización de los servicios de salud mental y es parte del Modelo General de Atención en Salud que se aplica actualmente como parte de la reforma del sector de la salud. Además, este modelo general reconoce que la salud es un derecho humano básico y busca lograr una mayor equidad en el acceso a los servicios, una mayor calidad en la atención sanitaria, y la desconcentración y descentralización de los servicios de salud y de la toma de decisiones. Esta forma de abordar los problemas de salud mental favorece las acciones de promoción, prevención y fortalecimiento de la atención primaria, con una buena capacidad resolutive enfocada en las personas, las familias y las comunidades”. (Ibíd.: 12)

Desde esta premisa que la modalidad de Hogar Protegido y el Proyecto “Juntos Construimos un Sueño” tiene aproximaciones al enfoque de la psiquiatría comunitaria, reforzando y promoviendo la participación de los

residentes de los hogares con la comunidad, desde el empoderamiento de las relaciones humanas y la interacción con el entorno más inmediato.

Gráfico N° 1

Esquema de la Red de Salud Mental y Psiquiatría



Fuente: Ministerio de Salud, Chile 2008

En este cuadro se puede visualizar como la psiquiatría comunitaria y el trabajo con ésta, ha tomado importancia en el último tiempo para el desarrollo de políticas públicas en salud mental. Se recalca con este esquema presentado que para la rehabilitación y reinserción social de los pacientes psiquiátricos es relevante el trabajo comunitario e instancias de participación y organización con los actores comunitarios en las localidades.

1.3. Estrategias del Plan de Salud Mental en Chile

Según el documento analizado y la información extraída de éste, refieren a las estrategias utilizadas en el modelo de psiquiatría comunitaria, que fueron propuestas en la implementación y en la ejecución del Plan Nacional en Chile.

Estas hacen alusión a la intersectorialidad en salud mental, que define acciones específicas para que el sector de salud coordine con otros sectores del gobierno y de la sociedad civil, y es uno de los primeros pasos de una política que incluya dentro de sus ejes fundamentales la intersectorialidad como implementación en las prácticas relacionadas con el tratamiento de la enfermedad mental y de las patologías.

Los ejes estratégicos del Plan Nacional son las prioridades programáticas, que se definieron tomando en cuenta algunos indicadores, tales como el impacto social, los tratamientos y las intervenciones más eficaces en función del costo, y la disponibilidad de recursos humanos capacitados en salud mental y psiquiatría. Para la primera etapa de aplicación del plan (2000–2010) se dio prioridad a las siguientes acciones:

- 1- *“Promoción de la salud mental y de la prevención de los riesgos*
- 2- *Atención a los niños y adolescentes en edad escolar con trastornos de atención e hiperactivos*
- 3- *Atención a las personas con trastornos mentales asociados con la violencia (maltrato infantil, violencia intrafamiliar y represión política durante el período 1973–1990)*
- 4- *Atención a las personas con depresión*

5- Atención a las personas con trastornos psiquiátricos graves, especialmente con esquizofrenia

6- Atención a las personas con la enfermedad de Alzheimer y otras formas de demencia

7- Atención a las personas con dependencia del alcohol y las drogas” (Zaccaria y Minoletti: Opcit: 13)

Otra de las estrategias utilizadas es la Red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría. El fortalecimiento de las redes de servicio de salud mental en conjunto con la psiquiatría comunitaria, contribuye a afianzar el modelo de atención propuesto en el Plan Nacional de Salud Mental. El fin de esta red es:

“facilitar el acceso a los servicios y a las acciones sanitarias en instalaciones más cercanas a su residencia. Esta red debe garantizar la diversidad y frecuencia de las prestaciones requeridas por los pacientes y sus familiares y la continuidad de los cuidados, tomando en cuenta las necesidades de las diferentes poblaciones, las etapas del ciclo de vida y las particularidades del género” (Ibíd.: 15)

Así los ejes fundamentales para la implementación de Plan Nacional en la Salud Mental en Chile, sería es la Estructura Organizativa, que corresponde a los profesionales y la distribución de estos en los servicios de salud mental.

En estas áreas relevantes ya analizadas, fueron las inversiones para la salud mental. La puesta en marcha del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría requiere de mayor financiamiento público con nuevos recursos y —solo de manera secundaria— la reorientación de los fondos existentes:

“El plan propone incrementar el presupuesto destinado a la salud mental entre 0,5 y 1,0% anual a partir del presupuesto general de salud, de manera que el aumento alcance el 5% de dicho presupuesto en 5–10 años. Esta propuesta se fundamenta en el impacto que tienen las inversiones en la promoción, la prevención, la detección y el tratamiento oportunos” (Ibíd.: 10)

Además, uno de los factores preponderantes es la Regulación. Con el objetivo de mejorar el nivel de salud para los usuarios, se ha hecho necesario regular y supervisar los procesos para poder ofrecer una buena apuesta en Salud Mental, además se pretende:

“garantizar altos estándares de calidad en la atención sanitaria, la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud ha elaborado desde 1990 un grupo de regulaciones que establecen cómo organizar la atención de salud mental y psiquiatría. Además, se desarrollan sistemas para evaluar los estándares de calidad de los diversos establecimientos de salud mental y psiquiatría del sector público” (Ibíd.: 15)

Es de esta manera que se evalúa el Plan Nacional de Salud Mental en Chile, 10 años después de su implementación resaltando las principales estrategias utilizadas en él. Todo esto con el propósito de indicar las falencias y los avances o resultados alcanzados que ha tenido durante su ejecución.

En cuanto a las falencias encontradas, se pueden mencionar: la resistencia al cambio; la ampliación presupuestaria; la distribución de recursos; el sistema de registro e información de salud mental; legislación y salud mental infantil.

Dentro de los resultados alcanzados está la implementación de diversos programas que abarcan las enfermedades mentales y contienen algunos de los siguientes elementos: Programa para la detección, diagnóstico y tratamiento integral de la depresión; Programa para el tratamiento de la esquizofrenia; Programa para el tratamiento y la rehabilitación de personas con dependencia del alcohol y de drogas; Programa de reparación integral de salud y derechos humanos (PRAIS); ampliación de la cobertura de la atención; programa de mejoramiento continuo de la calidad; satisfacción de los usuarios; impacto en las políticas de salud.

Por último uno de los logros alcanzados y de los avances visualizados tiene relación con el Sistema Nacional de Psiquiatría Forense. Este sistema establecido en 1999, brinda atención mediante tratamiento o programas de reinserción laboral y familiar a las personas sobreseídas o absueltas judicialmente por padecer de alguna enfermedad mental. Las prestaciones de tratamiento y de rehabilitación a las personas que no representan un peligro para la comunidad se realizan mediante programas ambulatorios de psiquiatría forense en instalaciones de la red de centros de salud mental y psiquiatría y en hogares protegidos pertenecientes a los servicios de salud.

El tratamiento de las personas que presentan algún grado de peligrosidad se realiza en la Unidad de Psiquiatría Forense de Alta Complejidad —que es una unidad de referencia nacional con 20 camas— o en alguna de las dos unidades de psiquiatría forense de mediana complejidad—que son unidades de referencia regional con un total de 60 camas.

Según Zaccaria y Minoletti (Ibíd.) hasta 1998, la lista de espera para recibir tratamiento era de alrededor de 120 personas, sin embargo, la creación de estas unidades permitió reducir esta cifra a una cuarta parte. En la actualidad, alrededor de 70 personas sobreseídas ingresan anualmente en

las unidades de psiquiatría forense, mientras otras 300 reciben tratamiento ambulatorio y 85 viven en hogares protegidos.

2. Principales Enfermedades Mentales en Chile

En nuestro país la realidad de la salud mental ha llegado a niveles cada vez más crecientes, las causas se atribuyen principalmente al estilo de vida moderno actual donde desencadenan las enfermedades psicológicas y psiquiátricas. Es por esto que se señala que:

“la prevalencia en la vida de los principales trastornos mentales es de 36% y los más frecuentes son la agorafobia (11,1%), la depresión mayor (9,0%), la distimia (8,0%) y la dependencia del alcohol (6,4%)” (Ibíd.: 11)

Más específicamente, nos percatamos que las enfermedades más frecuentes a nivel nacional, corresponden también a las mismas patologías de la ciudad que más habitantes reúne en Chile, Santiago:

“donde se encuentra enmarcado este estudio. La Tasa general de trastornos mentales es de 33,74%. Destacan las enfermedades de: la Depresión Mayor (11,30%), la Distimia (6,75%), la Agorafobia (7,99%) y la Dependencia al Alcohol (4,70%)” (Ibíd.: 56).

Ahora bien, un dato importante de señalar para estas enfermedades más comunes dentro del país, y para ubicarnos dentro de ciertos parámetros de observación sobre el tema de salud mental, es que:

“se observa que las cuatro enfermedades de mayor prevalencia se concentran en el grupo de 40 a 59 años. Y que también en las

personas jóvenes es mayor el Abuso y la Dependencia a sustancias ilícitas". (Ibid: 50)

Dicho dato es importante para comparar con lo que sucede en el Hogar N°5 de pacientes psiquiátricos de esta investigación, ya que dicha representatividad tiene relación con las edades de los pacientes que en el Hogar N°5 residen.

En el siguiente cuadro se puede visualizar el predominio de ciertas enfermedades en Santiago de Chile en el año 1992, las que también hoy día se pueden visualizar en números cada vez más crecientes:

Cuadro N° 1

Prevalencia de vida de algunos Trastornos psicológicos y psiquiátricos
Por género y grupo de edad en Santiago, 1992.

Trastorno	Total (n=1363)	Hombres (n=566)	Mujeres (n=797)	15 - 24 (n = 274)	25 - 39 (n = 466)	40 - 59 (n=353)	60 + (n=269)
Trastornos Afectivos	16.29						
Depresión Mayor	11.30	5.48	15.43	8.39	11.80	21.34	8.17
Trastorno Bipolar	1.76	1.59	1.88	3.28	2.36	1.49	-
Distimia	6.75	1.77	10.29	2.19	3.86	18.57	7.80
Trast. Ansios/Somato.	12.85						
D. Pánico s/Agorafobia	0.59	0.35	0.75	0.36	0.64	1.58	-
Ansiedad Generalizada	1.54	0.18	2.5	0.36	1.29	3.16	2.23
D.Pánico c/Agorafobia	0.88	0.53	1.13	1.46	0.86	1.58	-
Agorafobia	7.99	3.36	11.30	6.93	6.65	15.81	7.06
Somatización	0.95	-	1.63	0.73	0.64	2.37	0.74
Dolor Somatomorfo	1.69	1.24	2.00	1.46	1.07	3.95	1.47
Abuso/Dep. AlcoDruga	11.0						
Dependencia Alcohol	4.70	8.30	2.13	3.28	6.44	7.90	1.86
Abuso de Alcohol	2.20	3.89	1.00	4.01	2.58	1.96	0.74
Dependencia Cannabis	1.03	1.41	0.75	2.19	1.72	-	-
Abuso Cannabis	0.95	2.12	0.13	2.19	1.50	-	-
Abuso/Dep. Sedantes	1.76	0.71	2.51	0.73	2.79	3.16	0.37
Abuso/Dep. Anfetamina	0.22	0.53	-	0.36	0.21	0.40	-
Dependencia a Nicotina	2.27	2.12	3.36	1.82	3.43	2.77	1.12
Abuso/Depend.Cocaína	0.29	0.35	0.25	0.73	0.43	-	-
Dependencia Inhalantes	0.15	-	-	-	-	-	-
Abuso Sust. Psicoactiv.	0.07	-	-	-	-	-	-
Trast. Esquizofrénicos	2.20						
Esquizofrenia	1.02	0.53	1.38	1.09	1.29	1.19	0.74
Trast. Esquizomorfos	1.17	1.59	0.87	1.09	0.86	2.37	1.11
Estrés Postraumático	4.03	2.65	5.14	3.21	5.79	4.81	0.74
Person. Antisocial	0.96	1.92	0.25	1.45	1.72	0.28	-
Síndrome Orgánico Cerebral	4.40	4.24	4.25	1.46	2.15	3.95	13.38

Fuente: Zaccaria y Minoletti; Opcit.

Para los pacientes psiquiátricos, las enfermedades mentales hoy en día son controladas con tratamientos que propone la psiquiatría tradicional y la psicología. Dichos tratamientos pueden dividirse en dos áreas pero pueden estar relacionadas entre si al momento de ser aplicadas a los pacientes.

Esta pseudo división se realiza para poder contextualizar la propuesta de esta investigación visualizando por un lado los tratamientos medicamentados y por otro, las terapias que pueden ser designadas a otros profesionales,

como en este caso el trabajador social, basándose principalmente en las redes sociales que el paciente tenga o pueda adquirir.

3. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Organización de las Naciones Unidas (2007)

Los Estados actualmente cumplen un rol fundamental, para formar parte de un mundo que cada vez tienda al mejoramiento de la calidad de vida de sus ciudadanos, estos se configuran en una parte importante a la hora de suscribirse a acuerdos y políticas en diversas materias que respeten a sus ciudadanos, partiendo de la base de la igualdad de derechos ante la ley.

Para la presente investigación es imprescindible dejar estipulado que las personas que presentan discapacidades mentales corresponden a personas que igualmente a las otras poseen derechos y deberes, los que deben ser respetados mediante políticas efectivas en salud mental.

Se debe tener en conocimiento para esta investigación que la Convención Internacional sobre Derechos de las Personas con Discapacidad de la Organización para las Naciones Unidas, define a cualquier tipo de discapacidad como:

“Un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad , en igualdad de condiciones con los demás” (ONU, 2007: 1)

Dentro de dicha definición la discapacidad posee un ámbito importante para intervenir en beneficio de ella, rompiendo con el estigma y/o discriminación, el entorno social, por medio de la organización y participación de las personas con discapacidades físicas y mentales en este.

Pero como es sabido, estas personas siguen encontrándose hasta el día de hoy con dificultades en sus procesos de integración y reinserción social lo que obstaculiza una efectiva organización y participación social.

Es por esto que dicha Política de Convención sobre Discapacidad entre Estados, posee principios generales que apuntan a respetar los derechos fundamentales de las personas discapacitadas como: *“la no discriminación, el respeto por la diferencia, la igualdad de oportunidades, la participación efectiva en la sociedad, entre otras”* (Ibíd.: 2)

Es relevante mencionar que las personas con discapacidad puedan incluso ser protagonistas de sus propias políticas de atención en programas, proyectos, servicios etc., siendo participes sobre las disposiciones sobre ellos mismos, ya que se destaca que:

“Se debe considerar que las personas con discapacidades deben tener la oportunidad de participar activamente en los procesos de adopción de decisiones sobre políticas y programas, incluidos los que les afecte directamente”. (Ibíd.: 2)

Lo anteriormente señalado justifica la propuesta de investigación realizada mediante el presente estudio, ya que la participación y organización son elementales para fortalecer una mayor integración y reinserción social de los pacientes psiquiátricos del hogar N°5, por lo que Convención aquí citada, en

su Artículo 19, plantea lo importante que es respetar el “*derecho de vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad*” (Ibíd.:2)

Esto es realizable mediante la sensibilización de la comunidad para la toma de conciencia sobre los derechos y dignidad de estas personas, venciendo prejuicios y actitudes nocivas que impiden una efectiva rehabilitación, integración y reinserción social de los pacientes.

4. Declaración Internacional de Caracas, Organización Panamericana de la Salud (1990)

En el presente estudio se hace preponderante señalar la declaración que hace Caracas en relación a las enfermedades mentales y los pacientes psiquiátricos, ya que menciona también los derechos de éstos y la importancia que la comunidad sea involucrada en el proceso de rehabilitación y reinserción social. Este enunciado se realiza desde la transformación de algunos lineamientos de la intervención que se estaban llevando a cabo.

Además se ha considerado dicho documento internacional con la finalidad de dar a conocer que también existe interés por parte de países latinoamericanos para hacer valer los derechos y deberes de las personas con discapacidades o enfermedades, haciendo énfasis en el trato digno para estas personas, tal como lo señala la Declaración Internacional de Caracas.

Es por esto que se señala que:

“Se declara la reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de Salud y en los marcos de los Sistemas Locales de Salud permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales.”
(Organización Panamericana de la Salud, 1990: 2).

Junto con esto se señala el resguardar la dignidad personal, los derechos humanos y civiles. Propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario y social. Esto último es importante de considerar, puesto que concibe al paciente psiquiátrico en su entorno inmediato y desde allí la intervención y la rehabilitación es vista efectiva, en pro del mejoramiento y re inserción a su medio natural.

Señala además que las legislaciones de los países debieran ajustarse de manera de asegurar el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales. Promoviendo con esto la organización de servicios comunitarios que garanticen el cumplimiento de estos objetivos.

La capacitación del recurso humano en salud mental debe hacerse desde el enfoque de psiquiatría comunitaria, a modo de colaborar con la activación de los servicios sociales locales.

De esta declaración convocada por la Organización Mundial de la Salud, participaron las siguientes entidades: miembros de los Parlamentos de Brasil, Chile, Ecuador, España, Argentina, México, Panamá, República Dominicana, Uruguay y Venezuela; y delegaciones técnicas de Brasil, Colombia, Costa Rica, Curazao, Chile, Ecuador, Estados Unidos de América, México, Nicaragua, Panamá, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

5. Reglamento para la Internación de las Personas con Enfermedades Mentales y sobre los Establecimientos que la proporcionan, Ministerio de Salud (2000)

En el presente estudio se considera relevante hacer referencia a aquellas políticas públicas que han velado por la protección de los derechos de las personas con enfermedades mentales.

Es por esto que se considera importante hacer mención al reglamento para la internación de las personas con enfermedades mentales y de los servicios que prestan esta atención. De esta manera se visualiza la forma en que están establecidos los decretos para la protección de los pacientes psiquiátricos y se mencionan aquellas que sean necesarias de connotar:

“interés nacional en proveer a todos sus ciudadanos amplio acceso la salud, parte de la cual es el tratamiento psiquiátrico de internación para aquellos que lo requieran, de modo que esta sea de la más alta calidad, en concordancia con una buena y actualizada práctica clínica, libre de toda forma de discriminación y de abuso y con amplias oportunidades para el ejercicio de las libertades y la participación del paciente” (Ministerio de Salud, 2000: 3).

Sin duda este planteamiento son las bases para el tratamiento adecuado de los pacientes que sufren de enfermedades mentales, teniendo en cuenta el mejorar la calidad de vida de estas personas como fin principal y que guiará las intervenciones posteriores y los tratamientos psiquiátricos. Se señalan como avances importantes:

“La terapéutica psiquiátrica, farmacológica, las psicoterapias, la rehabilitación especializada y las nuevas modalidades de atención en salud mental y psiquiatría, que incluyen redes de servicios, sean estos establecimientos o programas organizados para proveer atenciones eficaces, diversificadas y apropiadas a las necesidades clínicas y psicosociales individuales de los pacientes, todo ello inmerso en un trato humanitario permanentemente orientado hacia el logro del máximo nivel de reinserción en la vida

social, que les sea posible a las personas que requieren de atención de salud mental” (Ibíd.: 5).

Según lo anteriormente señalado, es necesario potenciar estas vías de acceso a los servicios o redes de apoyo locales, en pro de llevar acabadamente la intervención que se plantea desde el “Proyecto Juntos Construimos un Sueño”, y de esta manera activar las redes informales y formales que se connotarán como instancias en donde los pacientes se puedan desarrollar, rehabilitar y reinsertarse socialmente.

Por otra parte y considerando lo anteriormente señalado como principios claves para una intervención en el ámbito de las enfermedades mentales, se aprueba el decreto ley sobre las disposiciones generales para la internación, tratamiento y alta de las personas con enfermedades mentales y sobre los establecimientos destinados a su atención, que señala dentro de lo principalmente encontrado como responsable al estado acciones de protección frente a la salud mental en nuestro país, así como velar para que se ejecuten políticas públicas orientadas a la rehabilitación y reinserción social de éstos.

Respecto al tratamiento a otorgarse a las enfermedades mentales, debe ser multidimensional y debe adaptarse a las distintas etapas de la enfermedad según la persona que lo padece. Estará dirigido en forma simultánea, a:

“contrarrestar los factores causales y a obtener alivio o remisión de los síntomas o signos clínicos de la enfermedad mental de base, a recuperar la adaptación a la situación de vida habitual del sujeto y, en algunos casos, a permitir una adecuada toma de conciencia y aceptación emocional de la perturbación

experimentada, de la eventual secuela y de su significación para la identidad personal” (Ibíd.: 7).

En general el reglamento apunta a considerar todas aquellas aristas orientadas a mejorar la calidad de vida y la atención a las personas que padecen enfermedades mentales. Con el fin de entregar calidad en la atención otorgada desde una mirada multidisciplinaria que considere todos los ejes de intervención y perciba a la persona desde un enfoque integral.

Los servicios destinados al tratamiento de estas enfermedades mentales (sean públicos o privados) deberán otorgar:

“tratamiento curativo o de rehabilitación, a través de un régimen de residencia total o parcial, así como a la organización e infraestructura de estos locales, con miras a garantizar a los pacientes una adecuada atención de salud” (Ibíd.: 9).

Además para las personas con problemas en salud mental tendrán derecho a los tratamientos que requieran las patologías como específicamente lo deja estipulado el Reglamento:

“Toda persona tendrá derecho a acceder a un tratamiento psiquiátrico, conforme a una buena y actualizada práctica clínica especializada y a los medios disponibles para ello, siempre deberá incluir oportunidades para participar activamente en las instancias del proceso de tratamiento que así lo requieran. En el caso que el tratamiento requiera hospitalización o internación, el establecimiento deberá garantizar el libre acceso a toda persona que esté acorde con los requisitos administrativos y técnicos. Asegurará la existencia de condiciones adecuadas para la

hospitalización y estará libre de cualquier práctica abusiva” (Ibíd.: 11).

Es importante que existan este tipo de reglamento, ya que tiene la misión de proveer a los pacientes una atención, tratamiento y rehabilitación lo más óptima posible velando por lo derechos de los personas con enfermedades y discapacidades mentales.

6. Garantías Explícitas en Salud Mental (GES)

La salud en nuestro país se ha convertido en una prioridad de los gobiernos democráticos de la última década. Esto debido a que luego de la implementación el modelo económico neoliberal, dejara desprovisto el sistema de protección social de las personas, sobretodo de las clases más pobres del país.

Es por esto que con la llegada de la democracia en los 90' se intentó avanzar en el plano social, creando políticas de apoyo para distintas áreas que se habían visto desfavorecidas, como es el caso de la salud.

Actualmente, la atención en salud en nuestro país se encuentra dividida entre el área privada y pública, siendo esta última sustentada a través del sistema subsidiario de políticas del Estado, lo que ha llevado a mantener un número reducido de enfermedades bajo su cobertura.

Además de esta priorización de las enfermedades para ser atendidas en el sistema público, existe una baja calidad de ella, debido a que la salud en nuestro país se rige actualmente por el mercado.

En el caso de la Salud Mental el sistema de salud no es muy distinto. Existen solamente tres enfermedades que cubre el sistema de salud llamado Plan AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas a la Salud) o actual GES (Garantías Explícitas en Salud). Dicho Plan GES, antes Plan Auge, debe:

“garantizar la cobertura por parte de Fonasa y las Isapres, a partir del 1 de julio de 2006 de 56 enfermedades. Este número se va ampliando para llegar a 80 en el año 2010” (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile: 2009: s/p).

Como también dicho sistema de salud, debe asegurar para todos sus beneficiarios: acceso, calidad, oportunidad y protección financiera, a fin de ofrecer un plan de protección social más efectivo. En Chile la Salud Mental cubre las siguientes enfermedades mediante el GES:

a) Depresión en personas de 15 años y más:

Dentro de esta patología el tratamiento es para la depresión leve, moderada y severa.

b) Esquizofrenia:

El tratamiento de esta enfermedad se inicia desde la primera consulta con el psiquiatra, además se ofrece un tratamiento integral para la enfermedad según la fase en que se encuentre. También se tiene derecho a fármacos, consultas por profesionales, terapias de trabajo psicológico con grupos, entre otros elementos relevantes para una rehabilitación y reinserción en lo social.

c) Consumo perjudicial o dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años:

Toda persona menor de 20 años con confirmación diagnóstica de consumo perjudicial de alcohol y/o drogas, tiene acceso a tratamiento ambulatorio, además tendrá derecho a continuar el tratamiento en caso de recaída.

Como puede visualizarse las enfermedades y patologías que incorpora para su cobertura el Plan Ges, ex AUGE, mantiene claras deficiencias para poder ofrecer a las personas con enfermedades mentales un tratamiento que realmente satisfaga las necesidades de los pacientes, como también sucede en el caso de los residentes del Hogar Protegido N°5.

CAPITULO III

CONTEXTUALIZACIÓN DE LA COMUNIDAD QUE RODEA AL HOGAR PROTEGIDO

Para contextualizar el presente estudio y el lugar donde se encuentra ubicado el Hogar Protegido N° 5 del Proyecto “Juntos Construimos un Sueño” es necesario dar cuenta de algunos antecedentes de la Comuna de Independencia.

1. Ubicación Geográfica de la Comuna

La comuna de Independencia se encuentra ubicada en el área Norte del Gran Santiago y está compuesta por una *“derivación territorial, cuya zona alcanza los 7,4 kilómetros cuadrados”*, (Municipalidad de Independencia; 2005: 12).

Dicha localidad limita con las comunas de Conchalí (Norte), Santiago (Sur) y Renca (Poniente) y Recoleta (Oriente), caracterizando a este sector particular como una comuna muy importante dentro de la historia de la constitución de Santiago.

Actualmente, la comuna de Independencia posee áreas residenciales de tradición, comercio variado (como el sector de Telas y la Vega Central) y servicios de primera necesidad (como el sector de los Hospitales San José, José Joaquín Aguirre y Roberto del Río), haciéndola una comuna privilegiada en cuanto a las necesidades de sus habitantes.

La localidad de Independencia, referente a datos de caracterización geográfica, cuenta con:

“una población de 65.479 habitantes, con una densidad poblacional de 8.848,51 habitantes por kilómetro cuadrado. Posee una proporción superior de población en género femenino y es considerada 100% urbana” (Ibíd.: 12)

Por su ubicación circundan vías expeditas de alto tránsito vehicular como la Panamericana Norte, Avenida Domingo Santa María y la Autopista Central. Sus límites comunales son:

Al Norte: Catorce de la Fama – Cañete – J. Pérez Cotapo.

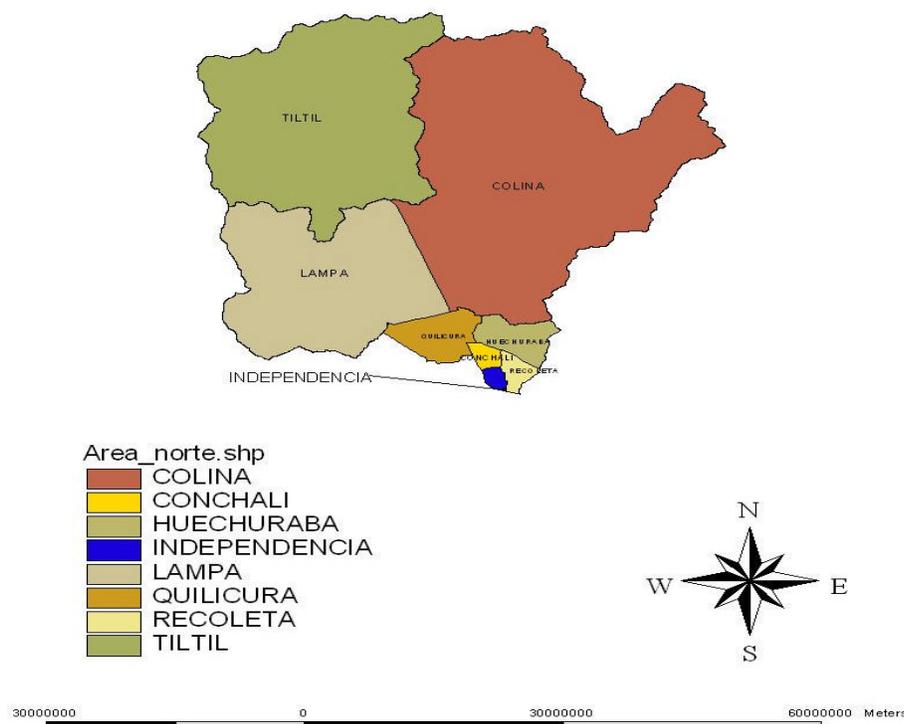
Al Sur: Carretera Panamericana Norte - Avenida Santa María.

Al Poniente: Carretera Panamericana Norte.

Al Oriente: Avenida el Guanaco – Cementerio General – Avenida La Paz.

Gráfico N° 2

Comuna de Independencia en el Norte del Gran Santiago



Fuente: Municipalidad de Independencia, 2005

En el cuadro anteriormente mostrado se visualizan gráficamente las comunas del área Norte de Santiago, colindantes con Independencia. En este sector se ubican todos los hogares protegidos a cargo del Proyecto “Juntos Construimos un Sueño”.

2. Caracterización de los Habitantes de la Comuna

En la comuna de Independencia, la población:

“tiene una disminución sostenida junto con el número de viviendas”, según el Censo 2002, además se agrega “un aumento en el grupo etáreo del adulto mayor (+3%) y una baja en la población joven (-41%) y activa (17%)” (Ibíd.: 14)

Lo anteriormente mencionado representa fielmente también la realidad del sector de estudio en esta investigación correspondiente a la Unidad Vecinal N°17 Lautaro.

Cuadro N° 2

Población Por tramos de Edad

Categorías	Casos	%	% Acumulado
0-14	12.571	19,20	19,20
15-64	43.371	66,24	85,44
65 y más	9.537	14,56	100
Total	65.479	100	100

Fuente: Municipalidad de Independencia (Ibíd.)

De dicha visualización de casos por tramos de edad en la población perteneciente a Independencia, el 46,7% de ellos corresponden a población masculina de la comuna mientras que el complemento pertenece al género femenino, correspondiendo al 53,3%.

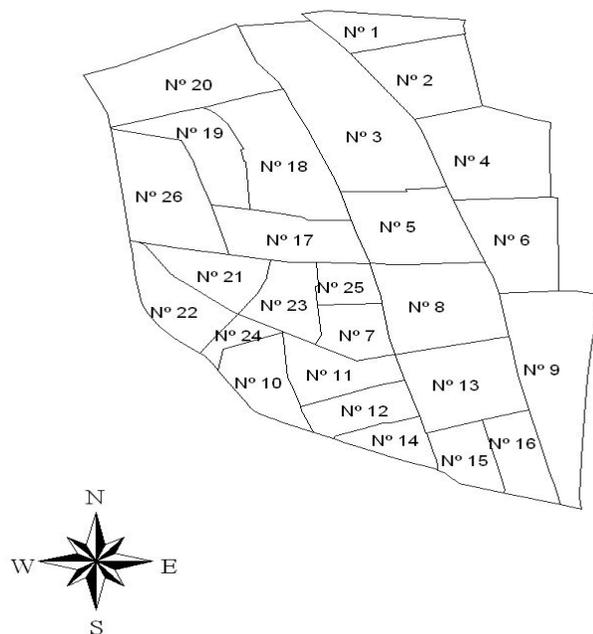
Respecto de las Unidades Vecinales en la comuna, como parte importante dentro del estudio y el sector estudiado, corresponden a un número de 26 reflejando, igualmente, que como la población comunal tiende a disminuir en

el último decenio, también se observa el mismo fenómeno en casi todas las Unidades Vecinales restantes.

Respecto de la Unidad Vecinal N°17 que corresponde a esta investigación, según datos del Censo del año 1992 tuvo un número de 3.146 de personas, mientras que en el Censo 2002 disminuyó a 2.521, siguiendo la tendencia del decrecimiento de las otras unidades vecinales.

Gráfico N° 3

Comuna de Independencia Unidades Vecinales



Fuente: Municipalidad de Independencia (Ibíd.)

En este cuadro se puede apreciar un mapa de las Unidades Vecinales en la comuna de Independencia, lo que refleja una amplia cantidad de organizaciones territoriales que componen la red comunitaria de este tipo de organizaciones.

3. Actores Sociales del Desarrollo

Para el territorio local es relevante el sector productivo como una fuente importante de ingresos, ya que la comuna de Independencia es considerada principalmente como un área de comercio e industria junto con poseer un área importante residencial.

Como es sabido, para las comunidades es relevante propender a la participación social y al asociativismo como forma de mejoramiento de la calidad de vida de las colectividades e individuos del sector. Sin embargo, se observa que para la comuna: *“El 53 % de los encuestados, no participa de actividades asociativas, en tanto que el 36% sí participa, básicamente en lo referido a su situación profesional.” (Ibíd.: 18)*

Dicha cifra, hace referencia a la asociatividad y participación de los vecinos de la comuna de Independencia en sus actividades regulares y las que principalmente están vinculadas al comercio y la producción en lo local, es por esto que: *“el porcentaje más alto de participantes y no participantes se concentra en el comercio, explicado por el peso que esta actividad tiene en el padrón de patentes comunales” (Ibíd.: 21)*

Esto permite visualizar que la organización y participación en actividades asociativas referentes a la comunidad misma, como fin y medio, son escasas y deben ser reforzadas para desarrollar nuevos caminos en términos de mejoramiento de calidad de vida de los vecinos.

En Independencia “existen 505 organizaciones territoriales y funcionales” que dan cuenta de un variado abanico de grupos y organizaciones que representan el quehacer comunitario en la comuna y una diversidad de área que convergen en el desarrollo de la comunidad.

Dentro de estas organizaciones “un 88, 5% corresponde a organizaciones funcionales, el 6,4% a territoriales y el 5,0% a relevantes”, lo que grafica la diferencia entre estos tipos de organizaciones.

a) Organizaciones Funcionales:

Este tipo de organizaciones tienen por característica principal que se conforman para satisfacer necesidades o intereses individuales y/o grupales de distinta índole. Más específicamente se entenderá por Organización Funcional a:

“toda aquella cuyos miembros la han constituido con el propósito de solucionar dificultades básicas de orden comunitario definidas por el grupo, respecto de algún interés particular que beneficie a la comunidad y a sus habitantes” (Ibíd.: 23).

Este tipo de Organizaciones tiene relevancia para este estudio debido a que son las principales informantes para generar un ideario de lo que la comunidad opina sobre la reinserción social de los pacientes psiquiátricos del Hogar N° 5. En el siguiente cuadro se muestran las distintas organizaciones:

Cuadro N° 3

ADULTO MAYOR:	59
ALLEGADOS:	11
AMBIENTALES:	5
CENTROS DE MADRES:	62
CULTURALES:	25
DEPORTES:	119
DISCAPACITADOS:	12
JOVENES:	32
IGLESIA:	5
PUEBLOS ORIGINARIOS:	2
SALUD:	11
SEGURIDAD:	5
NULAS:	2
OTRAS:	121
Total	471

Fuente: Municipalidad de Independencia (Ibíd.)

En este contexto la comuna de Independencia posee 471 organizaciones funcionales que componen una red de grupos asociativos funcionales distribuidos en actividades específicas.

b) Organizaciones Territoriales o Juntas de Vecinos:

Se entenderá a este tipo de organizaciones como aquellas que se conforman para satisfacer necesidades urgentes y mínimas para la convivencia dentro de un entorno geográfico. Más específicamente se define como:

“a todas aquellas organizaciones que están comprendidas dentro de un determinado territorio, y que funcionan en razón de las necesidades de este sector determinado. Corresponden a las juntas de vecinos, Unidades Vecinales o a algún otro tipo de

organización que nazca respecto de alguna división geopolítica en lo local” (Ibíd: 42)

Según el PLADECO (Ibíd.) de la comuna, existen: 33 Juntas de Vecinos que corresponden al 6,4% del total de las organizaciones con personalidad jurídica existente (505).

Para la presente investigación serán consideradas como muestra, las organizaciones funcionales y territoriales que pertenecen a la Unidad Vecinal 17, las que continuación se detallan:

Cuadro N° 4

N°	Tipo de Organización	Nombre Organización
1	Club Adulto Mayor	Hebras de Plata
2	Agrupación ayuda a los Hermanos Menores	San Francisco de Asís
3	Club Adulto Mayor	Gracias a la Vida
4	Club Adulto Joven	Fe y Esperanza
5	Club Adulto Mayor	La Amistad
6	Club Deportivo	Caupolicán Peña
7	Club Deportivo	Aguilas Americanas
8	Club Deportivo	Eva Perón
9	Club Deportivo	Unión Miraflores
10	Corporación Mutual Teresiana	Ricardo Andrés Maluenda
11	Escuela de Fútbol	Mirador Viejo
12	Feria Libre	Persa Carlos Medina
13	Iglesia	Apostólica Profética de Cristo
14	Junta de Vecinos	El esfuerzo
15	Junta de vecinos	Lautaro
16	Organización Comunitaria social y cultural	Enrique Hidalgo Martínez
17	Organización social	Fenix

Fuente: Municipalidad de Independencia (Ibíd.)

4. Proyecto “Juntos Construimos un Sueño”

El presente estudio está enmarcado dentro del Proyecto “Juntos Construimos un Sueño” que actualmente es desarrollado por el Equipo de Salud a cargo del Servicio de Psiquiatría Forense del Hospital Psiquiátrico Horwitz Barak, en la Comuna de Independencia.

Dicho Equipo de Salud es coordinado por los asistentes sociales, Sr. Julio Cristián Paredes y la Sra. Carmen Gloria Graver, quienes encabezan este Proyecto. También conforman el Equipo de Salud, médicos psiquiatras, enfermeras y auxiliares paramédicos, que se encuentran a cargo de distintos Hogares Protegidos de la Unidad de Psiquiatría Forense donde se realiza este Proyecto.

Dicho proyecto es una propuesta de intervención que nace alrededor del año 2006, reuniendo a alumnos en práctica de distintas escuelas, dentro de ellas Psicología, Educación Diferencial y Trabajo Social para realizar trabajo en las áreas comunitarias, de grupo y caso con los pacientes de los Hogares Protegidos a cargo de la Unidad Forense.

Dicha instancia se crea con la necesidad de cubrir los principales requerimientos y prioridades de los pacientes en los hogares: *“buscaba acompañar a los residentes en su cotidianeidad para que de esta forma mejoraran su calidad de vida”*. (Servicio de Psiquiatría Forense, 2008: 2)

Luego de haberse llevado a cabo esta primera experiencia, se crea en el año 2007 el Proyecto “Juntos Reconstruyendo Lazos”, el que tiene como objetivo

potenciar el área psicosocial de los pacientes mediante la activación de redes comunitarias y familiares.

Debido al buen desarrollo de las instancias anteriores, se crea en el año 2008 una nueva propuesta más complementaria para la rehabilitación y reinserción de los pacientes psiquiátricos de los Hogares Protegidos Forenses, en los que 6 de ellos se implementa el Proyecto, correspondiendo a los hogares 1, 3, 4, 5, 6 y 9, ubicados en las comunas de Recoleta e Independencia.

Dicha propuesta tiene un enfoque principalmente comunitario donde se beneficia a 57 pacientes Psiquiátricos y la comunidad que habita en el entorno directo donde se encuentran insertos estos Hogares Protegidos, dándole énfasis a la participación y organización con los vecinos.

Es por esta razón que dicho Proyecto tiene como objetivo fundamental: *“Apoyar la rehabilitación de los pacientes psiquiátricos forenses que residen en hogares protegidos mediante la activación y reinserción en la red local y en la comunidad.” (Ibíd.: 5)*

Debido a este potenciamiento del área comunitaria para los pacientes psiquiátricos de los Hogares Forenses, es que se plantean objetivos para los pacientes, donde se comienza con una intervención psicosocial con los mismos residentes de los hogares, para propiciar su activación y posteriormente su rehabilitación y reinserción social.

Respecto de la comunidad que recibirá a los pacientes es que se plantea un camino con los siguientes objetivos que mejorarán la calidad de vida del entorno social y de los mismos pacientes psiquiátricos:

1-“Investigar acerca de la percepción de los vecinos acerca de los hogares protegidos.

2- Generar espacios de psicoeducación para la comunidad donde se de a conocer la labor de los hogares protegidos y de los residentes.

3- Pesquisar las inquietudes y dudas presentes en la comunidad en la cuál se encuentran ubicados los Hogares Protegidos.

4-Generar espacios para la promoción de la salud mental y la patología psiquiátrica en la comunidad.

5- Abrir el debate Social en torno a la enfermedad mental.

6- Generar espacios de encuentro entre la comunidad y los residentes de los Hogares Protegidos.

7- Lograr un acercamiento y reconocimiento como vecinos por parte de la comunidad hacia los residentes de los hogares” (Ibíd.: 5)

En definitiva lo que se quiere lograr es un acercamiento de la temática de los pacientes psiquiátricos a la comunidad, logrando una efectiva educación social con estos, tomando en consideración que los pacientes residentes de hogares carecen de redes familiares, son víctimas de exclusión social y prejuicios sociales, además de mantener en su cotidianeidad una vida muy rutinaria y sin la activación necesaria para combatir el letargo por los medicamentos suministrados.

Todos estos objetivos están a cargo de los equipos de alumnos que desarrollan práctica, los cuales llevan a cabo actividades para el cumplimiento de los objetivos anteriormente mencionados.

5. Contextualización del Proyecto “Juntos Construimos un Sueño”

El Servicio de psiquiatría forense, unidad que depende de Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, enmarca su intervención con personas que se han visto enfrentadas a conflictos con la justicia, orientando su tarea a dos ámbitos:

“Evaluación de individuos que presentan alguna enfermedad mental a objeto de realizar pericias que determinen si al momento de cometido el ilícito actuó afectado por su patología de base. Por otro lado, atiende en sistema de hospitalización a aquellas personas que habiendo cometido delito son sobreseídos, es decir, el tribunal que llevaba su causa estimó de acuerdo a la investigación y evaluación que debía eximirlo de responsabilidad penal de acuerdo al Art. 10 N° 1 del Código Procesal Penal” (Ibíd.: 2).

Con el último grupo de pacientes mencionados el servicio de psiquiatría forense ha venido desarrollando hace aproximadamente 7 años una modalidad de atención de tipo externalizada, mediante la atención bajo un régimen no hospitalario, sino que insertos en la comunidad. Este es el régimen de Hogares Protegidos.

Durante el año 2006 se abrieron 5 hogares protegidos, de estos las demandas de reinserción son altamente discutidas. La propuesta de esta iniciativa es mirar al paciente desde una perspectiva íntegra, que posee

derechos y deberes, y potenciarlo como un actor comunitario e integrante de la comunidad importante y bajo este enfoque posicionarlo en el tratamiento de su enfermedad, a modo de que sea protagonista de su proceso de rehabilitación y no un mero receptor de este tratamiento:

“La relación entre la intervención psicosocial y la psiquiatría tiene una larga data ya que en el terreno de lo mental, aún más que en lo físico gran parte del análisis y diagnósticos dependen en gran medida de su comprensión y estudio en lo social” (Ibíd.: 5)

Se debe tener en consideración que una de las grandes finalidades de los tratamientos es lograr la reintegración en lo social. De cualquier manera no se habla de un área que complementa si una que es fundamental para el bienestar de la persona, pues la mirada integral enriquece y favorece la intervención. Pues se busca que el profesional: *“confíe en las capacidades de recuperación que posee el paciente, incluso cuando este último no crea en sí mismo” (Ibíd.: 5)*

En esta intervención se parte de la base que el paciente cuenta con habilidades que le permitirán retomar su ritmo de vida y de esta forma será más factible su reinserción en el medio social. Esta alternativa de reinserción tiene un enfoque socio comunitario, ya que se evita la institucionalización y se trata de que el paciente lleve una vida como una casa común.

Es por esta razón, que uno de los primeros objetivos es que el paciente crea en sí mismo y de esta forma ir procurando que comience a desenvolverse en este hogar protegido, desde lo socialmente aceptado. La intervención que se realiza en este hogar protegido es de tipo:

“psicosocial, desde el centrarse en el sujeto y propiciar para el desarrollo de habilidades y recursos, en pro de una resiliencia, Sin embargo, además abarca la inserción del sujeto en lo social y en su medio natural” (Ibíd.: 6)

La rehabilitación en lo social busca desarrollar una mirada integral y abordarla desde una perspectiva multicausal, tomando distintos aspectos de la vida del paciente, tanto físicos, sociales y psicológicos. Estos son los lineamientos de intervención en los que se basa el Proyecto “Juntos Construimos un sueño”, que concibe al sujeto no como un paciente sino desde su totalidad de ser humano.

6. Lugar de ejecución del Proyecto “Juntos Construimos un Sueño”

El proyecto “Juntos Construimos un Sueño” se implementa en el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, específicamente en el Servicio de Psiquiatría Forense. La política social que sustenta a la Institución está amparada en el Ministerio de Salud a través del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.

7. Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak

El Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, es una Institución pública que depende del Ministerio de Salud, específicamente del Servicio de Salud Metropolitano Norte. En el ámbito jurídico depende de la ley 19.937:

“...la cual modifica el D.L. N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria,

distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana” (Ibíd: 7)

Esta Institución se encuentra ubicada en avenida La Paz, N° 841, en la comuna de Recoleta. El Servicio de Psiquiatría Forense se encuentra ubicado en avenida La Paz N° 850. Comuna de Independencia, en Santiago de Chile.

Dentro de los objetivos generales del Instituto Psiquiátrico es ser la mejor Institución capacitada para la atención correspondiente al área de salud mental. Dentro de sus objetivos específicos se encuentran:

- *“Integrar y promover el desarrollo de la Red de Atención Psiquiátrica y de Salud Mental del Servicio de Salud Metropolitano Norte en todos los niveles de atención.*
- *Otorgar atención psiquiátrica y de salud mental integral de mediana y alta complejidad, a usuarios del Servicio de Salud Metropolitano Norte, prioritariamente pertenecientes al sistema público de salud.*
- *Otorgar atención de alta complejidad a beneficiarios de los Servicios de Salud del país que lo requieran, integrando a la Red Nacional de Atención Psiquiátrica y Salud Mental.*
- *Formar profesionales como especialistas en atención psiquiátrica y salud mental” (Ibíd: 7)*

8. Psiquiatría y Psiquiatría Forense

El Proyecto “Juntos Construimos un Sueño”, se enmarca en la psiquiatría forense:

“El concepto de Psiquiatría viene del griego “psiqué, alma, y iatría, curación” y es la rama de la medicina que se especializa en la prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales.” (Ibíd: 7)

Según los diferentes modelos, su acción puede desarrollarse en un Hospital Psiquiátrico (psiquiatría hospitalaria); en la atención primaria (psiquiatría ambulatoria); o en la comunidad (psiquiatría comunitaria):

“La psiquiatría suele adoptar un modelo médico para afrontar los trastornos mentales, pero corrientemente considera tanto los factores biológicos, como psicológicos, socio/culturales y antropológicos. El tratamiento, por su parte, adopta la indicación de psicofármacos, pero también la indicación de psicoterapia, terapia ocupacional e intervención social” (Ibíd: 8)

Es importante recalcar que la psiquiatría tradicional considera los tratamientos psicosociales como aportes a la rehabilitación de los pacientes psiquiátricos, por lo que los psicofármacos son sólo una parte de los tratamientos.

8.1 Concepto de Psiquiatría legal y Forense

En apuntes consultados en el Servicio de Psiquiatría forense se señala como definición, lo siguiente:

“La Psiquiatría Forense como una subespecialidad de la psiquiatría en la que un peritaje científico y clínico se aplica a aspectos legales en contextos legales que abarcan materias civiles, penales, penitenciarios, o legislativo” (Ibíd: 9)

Otra definición señala que psiquiatría legal y forense se entiende también como:

“La proyección y aplicación de la ciencia psiquiátrica, de sus conocimientos y fundamentos en todos aquellos casos en los que existen implicaciones jurídicas”. (Ibíd: 10)

Esta disciplina tiene una incidencia principalmente en el ámbito legal, lo que la constituye en una rama importante para desarrollar estrategias en pro de los pacientes que han sido sobreseídos de sus causas por padecer de alguna enfermedad psiquiátrica, ya que afecta la reinserción social de éstos directamente.

8.2. Servicio de Psiquiatría Forense

El actual Servicio de Psiquiatría Forense, que depende del Instituto psiquiátrico, es una unidad que trabaja con personas que se han visto enfrentadas a conflictos con la justicia, orientando su labor a:

- *“Evaluación de individuos que presentan alguna enfermedad mental a objeto de realizar pericias que determinen si al momento de cometido el ilícito actuó afectado por su patología de base.*
- *Atención en sistema de hospitalización a aquellas personas que habiendo cometido delito son sobreseídos, es decir, el tribunal que*

llevaba su causa estimó de acuerdo a la investigación y evaluación, debía eximirlo de responsabilidad penal de acuerdo al Art. 10 N° 1 del Código Procesal Penal” (Ibíd.: 4)

Estas funciones que realiza el Servicio de Psiquiatría Forense son principalmente las áreas donde hoy día el Trabajo Social tiene un rol importante, pero más relevante aún es mejorar los sistemas de atención para estas personas incluyendo el trabajo comunitario como un factor preponderante en la integración de los pacientes y rehabilitación de ellos partiendo por el empoderamiento sobre ellos mismos.

8.3 Psiquiatría Forense en Chile

La historia de la psiquiatría forense en Chile data del año 1877, que ingresa por primera vez un paciente con problemas judiciales a la denominada “Casa de Orates”, actual Instituto Psiquiátrico. En el año 1927 se promulga el decreto N° 68, que ordena la creación de pabellones especiales para el funcionamiento de asilos para personas que se encuentren ligadas a conflictos con la justicia. Según la información recogida del documento citado anteriormente, se señala que:

“En 1940 comienza a funcionar el Depto. Judicial en el Manicomio Nacional. En 1972 se crea el departamento de crónicos. En 1993 se crea la “comisión salud-justicia”, conformada por la Subsecretaría del Ministerio de Salud y Justicia, a raíz de evacuar de los recintos penitenciarios a las personas declaradas “locos o dementes”, de acuerdo al artículo 10 N° 1, del Código Penal. Cabe mencionar que paralelamente, el Servicio Médico Legal, institución dependiente del Ministerio de Justicia, desarrolla la Psiquiatría Forense como organismo auxiliar del poder judicial, cuyo rol se centra en la realización de pericias psiquiátricas en el contexto de juicios civiles y del crimen” (Ibíd: 4)

Por otro lado, los servicios de atención pública, pertenecientes al Ministerio de Salud reciben a las personas que padecen una enfermedad mental y que han cometido delito, cuya sentencia ha decretado que deben permanecer en un recinto hospitalario.

El departamento de enfermos mentales crónicos, para recibir aquellas personas con discapacidades mentales con problemas judiciales, se caracterizaba por un modelo asilar, ausentándose programas de rehabilitación y reinserción social. Este modelo permaneció hasta los años 90.

A finales de los años 90, surge en Chile la necesidad de crear un Plan de Salud Mental a nivel nacional de psiquiatría que permitiera eliminar este concepto asilar de psiquiatría hacia una mirada más comunitaria. En razón de lo anterior, los hospitales cesan de ingresar a sus camas pacientes crónicos:

“En 1998, se destinan 40 camas para los pacientes sobreseídos por la justicia, lo que se tradujo en una lista de espera de personas con enfermedades mentales que residían en recintos penitenciarios” (Ibíd: 9)

A fin de otorgar una respuesta a este problema nace el Sistema Nacional de Psiquiatría Forense. Así nace el Departamento Judicial N° 2, del Instituto Psiquiátrico, Dr. José Horwitz Barak, actual Servicio de Psiquiatría Forense.

8.4 Perfil del paciente del Servicio de Psiquiatría Forense

Respecto a una caracterización general de las personas que son beneficiarias del Hospital psiquiátrico y del Proyecto “Juntos Construimos un Sueño 2008” se puede decir que al acercarse a sus realidades individuales se puede dar cuenta de las principales particularidades que los lleva a conformarse como los pacientes psiquiátricos forenses del Hogar N° 5, del Hospital Psiquiátrico José Horwitz Barak.

Acerca de ubicar a los pacientes psiquiátricos forenses dentro de una tipología social económica específica, se sabe que el Hospital Psiquiátrico recibe a todos los pacientes de todos los sectores del país sin distinción, pero se les otorga preferencia a los pacientes de situaciones económicas precarias:

“Los pacientes del Servicio de Psiquiatría Forense son de estrato socioeconómico bajo en su mayoría y pese a ser un Centro de Referencia Nacional no existe discriminación cuando se trata de una orden de hospitalización”. (Ibid: 6)

Es importante tomar en cuenta en el tema de la recepción de pacientes de más escasos recursos, que optar por atender gente de bajos nivel socioeconómico, es a causa de los altos costos económicos que tiene el tratamiento de una enfermedad mental en Chile y son estas personas las que menos podrían tener la posibilidad de tener los medios necesarios para sus tratamientos y medicamentos, por lo cual se ha adoptado esta política.

Respecto de su soledad y abandono constante que sufren estos pacientes se suma el hecho del dolor al concientizarse de los actos que cometieron, o que viene el arrepentimiento y la culpabilidad. Otros factores que agravan la situación de los pacientes psiquiátricos son: *“la inactividad y el aburrimiento*

que los lleva a pasar los días en ocio y con una sensación de encierro que los desmotiva en su proceso de rehabilitación social” (Ibid: 7)

Un alto porcentaje de los pacientes logra insertarse en alguno de los grupos que se forman al interior del Servicio Forense, manteniéndose en la dinámica de relación de los pacientes psiquiátricos:

“un compromiso implícito de protección y respeto mutuo. Sin embargo, hay dificultades en la comunicación cotidiana, por la falta de interés en establecer lazos afectivos o por querer protegerse de los demás”. (Ibid: 10)

Por otro lado, se presenta cierto grado de dificultad en el habla de algunos pacientes, debido a la alta medicación que reciben, expresando su vergüenza al momento de comunicarse, lo que provoca un aislamiento en ellos para no interactuar con sus compañeros.

Los hábitos de higiene personal y ambiental de los pacientes psiquiátricos forenses, es uno de los aspectos importantes en la vida cotidiana de ellos, en que por motivos educacionales, familiares o propios de su enfermedad, un porcentaje considerable de ellos no tiene hábitos desarrollados en el ámbito de la higiene y presentación personal, así también como del cuidado del medio ambiente en el que viven.

El personal a cargo de la supervisión cumple un rol importante en el control que ejercen sobre los pacientes psiquiátricos:

“...puesto que son ellos los encargados de supervisar y asegurarse de que se bañen, se afeiten y se cambien de ropa,

entre otras cosas, por lo que deben cumplir con ciertas normas y reglas de convivencia al interior de los hogares” (Ibid: 6)

Con respecto a las necesidades de cada paciente, se recoge desde el propio relato de cada uno de ellos, la necesidad de educación, ya que un alto porcentaje de estos no han finalizado sus estudios tanto de enseñanza básica como media. Existe también una cifra importante de analfabetos.

Algunos de los pacientes mencionan con gran ansiedad su deseo y disposición para aprender, participar en talleres, y en gran medida salir de la rutina que caracteriza su vida en el hogar. Hay quienes esperan recuperarse para trabajar, sentirse útiles para su satisfacción personal, y participar en la sociedad. Además, los pacientes mencionan la necesidad de sentirse independientes;

“..Que puedan valerse por sí mismo y ser capaces de lograr hacer las cosas sin depender de los demás. A la vez los pacientes manifiestan el deseo de recreación, en realizar algún deporte, conocer distintos lugares, entre otras cosas. Sin embargo, expresan la necesidad de realizar actividades que realmente los motiven y sean planeadas en conjunto con ellos sin que les sean impuestas” (Ibid: 7)

Otra arista importante de mencionar es la necesidad de afecto, a la cual hacen referencia los pacientes psiquiátricos, ya que muchos de estos no reciben visitas ni cuentan con el apoyo de las redes familiares, lo que conlleva que su grupo más cercano afectivo sean los funcionarios que trabajan directamente con ellos.

8.5. Principales Patologías en el Servicio de Psiquiatría Forense

Dentro de la Psiquiatría se dan numerosas patologías, cada una con sus propias características y formas de manifestarse en el sujeto. En Psiquiatría Forense son las mismas patologías, pero con mayor prevalencia de unas por sobre otras. Adoptando características propias en este tipo de pacientes. Los diagnósticos que se dan con mayor frecuencia del Servicio de Psiquiatría Forense de los pacientes declarados inimputables y sentenciados a una medida de seguridad por el sistema judicial son los siguientes:

“Se debe tener en consideración que este servicio es de referencia nacional, por lo tanto, la cifra de pacientes entrantes y salientes va variando considerablemente: “Esquizofrenia (71%); Daño Orgánico Cerebral (15%); Trastorno afectivo bipolar (8%); Retardo mental (3%); Epilepsia (2%) y Depresión (1%)” (Ibid: 8)

Dentro de las intervenciones que allí se desarrollan con los pacientes sobreseídos, se encuentran los Hogares Protegidos, lugares donde se desarrolla el Proyecto “Juntos Construimos un Sueño”.

8.6. Hogar Protegido: Unidad de Sobreseídos

Los objetivos principales de los Hogares protegidos de pacientes psiquiátricos son: *“establecen la necesidad de mejorar la calidad de vida de sus residentes, otorgándoles un espacio que sea apropiado para su rehabilitación”.* (Ibid: 9)

Desde esta premisa el Hogar Protegido, se vuelve claramente un lugar que favorece a la rehabilitación y reinserción de los pacientes que habitan en él, siendo este un espacio para potenciar los vínculos con la comunidad y entre ellos como grupo social.

“Disponer de una vivienda digna y estable constituye una necesidad básica y esencial de cualquier ciudadano, incluso de aquellos con algún tipo de discapacidad psíquica. Sin contar con un apropiado rango de opciones que orienten a cubrir la necesidad de vivienda, muchos de los esfuerzos de rehabilitación e integración de personas enfermas mentales crónicas pueden verse seriamente limitados y obstaculizados.” (Ibid: 8)

Actualmente se aprecia la necesidad de incorporar mayoritariamente al Estado, a nivel de política pública, a la comunidad, concientizando y educando en torno al tema y a las familias, si es que las hubiera, ya que estos son los actores fundamentales para que el paciente pueda efectivamente reincorporarse a su propio medio. Se entenderán los Hogares Protegidos como:

“...una instancia residencial alternativa, para personas con discapacidad de causa psíquica que no tienen las habilidades para vivir en forma independiente y no cuentan con el apoyo de sus familiares” (MINSAL, 2000:11).

“Dentro de sus fundamentos, estos deben garantizar una dinámica de funcionamiento que tienda a asemejarse lo más posible a las relaciones que se establece en cualquier grupo humano de adultos que habitan una residencia común, fomentando la participación, el respeto la tolerancia y las relaciones afectivas. Su objetivo es integrar las necesidades habitacionales con las de apoyo y seguridad que requieren las personas con discapacidad psíquica, contribuyendo además al proceso de entrenamiento de

habilidades que se relacionan con su desempeño en el Hogar. De este modo el Hogar debe favorecer su autonomía” (Ibid: 12)

Los pacientes que ingresan a esta modalidad deben proceder desde Hospitales Psiquiátricos, servicios de Psiquiatría en general, servicios ambulatorios, o bien provenir de otros componentes de la red asistencial. Dentro de los criterios con los cuales son seleccionados los pacientes para ingresar a un Hogar Protegido, se considera el que sea una persona con discapacidad psíquica, que no cuente con las habilidades para vivir de forma independiente, que no cuenten con el apoyo de sus familias, estén compensados psicopatológicamente y que no presenten problemas con el consumo de drogas y/o alcohol. Dentro de esta modalidad los pacientes cuentan con los siguientes tipos de apoyo:

“atención durante las 24 hrs. del día, donde un cuidador permanece en el lugar durante esa cantidad de tiempo, apoyando a los residentes en conductas de autocuidado, en la estructuración de su rutina y en la administración de sus medicamentos (Servicio de Psiquiatría forense; Opcit: 12)

Otro actor fundamental en la implementación de los Hogares Protegidos, es la figura del Cuidador, quien supervisa y apoya a los residentes en áreas tales como:

“...autocuidado, autonomía doméstica, interacción social, conductas instrumentales, estructuración de rutina, integración comunitaria con instancias de salud, servicios sociales y organizaciones comunitarias. Otras características de los Hogares Protegidos, es que éstos deben tener un número de residentes igual o inferior a 8 personas”. (Ibid: 13)

El perfil de selección considerado para los Hogares Protegidos, no es otro que lo determinado por el Ministerio de Salud, por ello, la heterogeneidad en las patologías de base de éstos. Sumándose sí una nueva determinación por el Servicio de Psiquiatría Forense, el que los residentes:

“...vivieran una etapa de transición entre la hospitalización y el egreso a su familia de origen u otras alternativas de ubicación, debiéndose trabajar la reinserción, lo que se ha estado desarrollando en solo 3 de los Hogares, con un proyecto específico llamado “Juntos Construimos un Sueño” (Ibid: 13)

En resumen el Proyecto “Juntos Construimos un Sueño” busca mejorar la calidad de vida de los pacientes psiquiátricos, pesquisando las principales necesidades de cada uno de ellos. Junto con esto se realiza una importante intervención y vinculación de los pacientes con las redes locales, mediante una vinculación de éstas, las cuales se consideran como una instancia de integración, lo que favorece al proceso de reinserción y rehabilitación de los residentes de los Hogares Protegidos.

III PARTE

ANÁLISIS DE DATOS

CAPÍTULO IV

PERCEPCIÓN DE PROFESIONALES SOBRE REINSERCIÓN SOCIAL DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS.

En este capítulo, para rescatar la percepción del equipo clínico del Proyecto “Juntos Construimos un Sueño” se utilizó el análisis cualitativo, mediante la entrevista semi-estructurada que comprende los factores más relevantes vinculados con la reinserción social e integración de Pacientes Psiquiátricos, dichos elementos corresponden a las dimensiones que afectan principalmente el desarrollo social de los residentes del Hogar N°5, como individualidades y como grupo de pacientes.

Es por esta razón que se entrevistó al equipo de la Unidad de Psiquiatría Forense encargado del Hogar N°5, el cual proporcionó datos e información importante de destacar para comprender el análisis final de cada uno de los factores que comprende la reinserción social, como las actitudes que tienen las personas, sus opiniones, la discriminación y estigmatización, la organización, y/o participación con la comunidad, el entorno social en el que viven y la calidad de vida que llevan.

1. Opiniones

Es importante recoger las opiniones del equipo clínico del Proyecto “Juntos construimos un Sueño”, en relación a la modalidad de Hogar Protegido y a sus residentes. Al rescatar las principales opiniones del equipo clínico se visualizan cómo conciben la reinserción social, como principal objetivo del proyecto en cuestión y se recogerá también la percepción del proyecto ejecutor en cuanto a este modelo psiquiátrico, desde una mirada integradora.

Pero yéndonos a las estructuras más generales, hoy en día el convivir en nuestra sociedad, con rasgos que provienen de la exclusión, se transforma en uno de los grandes problemas y desafíos, por lo que se deben generar nuevas propuestas de intervención en la comunidad.

Más específicamente si se trata de exclusión a personas con discapacidades mentales, se piensa en el estigma social que desde hace tiempos remotos ha venido a ocupar el ideario colectivo de las comunidades y sociedades a través de los tiempos.

Bajo esta plataforma cultural de transmisión de ideas y el patrón tradicional de psiquiatría, es que:

“La construcción histórica en relación a los pacientes, ha incentivado a generar anticuerpos frente a estas personas, creyéndoles “locos” o “peligrosos”, lo que motiva a que se genere una imagen que no siempre es fiel a la realidad y que priva de los derechos...”(Cristian Paredes, Asistente social)

Opiniones como esta reflejan que la mirada profesional y contextualizada dentro de la temática de la salud mental, nos revela realidades que se convierten en los puntos específicos a tratar para generar futuras intervenciones en el área social, psiquiátrica, comunitaria e institucional.

Es esencial que se avance en materia de política social en el área mental, puesto que los hogares protegidos son uno de los tantos elementos recientes que deben promover la calidad de vida de los pacientes psiquiátricos forenses del Hogar N° 5 y los demás hogares en un ambiente comunitario.

Para fortalecer el área comunitaria, se han implementado los llamados “Hogares Protegidos“, elemento característico de los últimos años de la psiquiatría, que son:

“...una instancia tremenda de mejoramiento de la calidad de vida, justa para quienes son un grupo marginal y se debe destacar que la iniciativa se encuentre en contacto directo con el espacio comunitario.” (Cristian Paredes, Asistente social)

Este vínculo con la comunidad, o con lo que es determinado como “normal”, lleva a los pacientes psiquiátricos a retomar su proceso de socialización y por lo tanto, también conlleva a:

“una normalización de sus vidas” (Carmen Gloria Graver, Asistente Social).

La modalidad de Hogar Protegido, pretende normalizar la vida de los pacientes, la considera como un espacio en que los residentes tengan una vida lo más normal posible, en un contexto en que existen normas, reglas y acuerdos que se deben llevar a cabo en el día a día para un mejor funcionamiento del hogar y de las relaciones interpersonales al interior de él.

El antiguo plan de salud mental incorporaba de una forma más mínima las prácticas de reinserción dentro del enfoque de rehabilitación para los pacientes. Es por esta razón que se hace necesario que hoy en día el Hogar Protegido, y en la nueva modalidad de reinserción, se incorporen estas prácticas inclusivas e integradoras, que harán que los pacientes psiquiátricos se sientan partícipes de una comunidad y del vecindario local.

Esta propuesta no excluye lo que se viene instaurando desde la psiquiatría comunitaria, sino más bien intenta incorporar nuevos enfoques que podrían complementarse con este modelo, que proporcionarían mayor participación, organización, involucramiento e inclusión de los pacientes psiquiátricos en la comunidad.

Lo anteriormente señalado propendería a la calidad de vida y más específicamente a la reinserción social de los pacientes psiquiátricos a través de Hogares Protegidos:

***“es un primer paso de acercamiento a la necesidad real”
(Carmen Gloria Graver, Asistente Social)***

Debido a esto se visibiliza la ausencia de medidas efectivas y un aumento de recursos destinados a la salud mental de nuestro país. No obstante, existe clara certeza para los profesionales entrevistados que las prácticas comunes de la psiquiatría reinan en los Hogares Protegidos, lo que no tendría efectividad, porque el sentido del hogar es justamente des- institucionalizar a los pacientes:

“están bajo una cotidianeidad clínica, fuera de lo que un hogar busca.” (Cristian Paredes, Asistente Social)

Se necesita que los Hogares Protegidos y sus pacientes refuercen sus relaciones y habilidades sociales constantemente para que no se convierta en un centro hospitalario, donde el equipo profesional apoya la idea de que:

“se requiere avanzar para escapar de la institucionalización y obtener autonomía y mejoría desde lo clínico y psicosocial.” (Cristian Paredes, Asistente Social)

Cuando se hace referencia a lo clínico y psicosocial, se hace énfasis en no erradicar la psiquiatría tradicional de las prácticas rutinarias de los Hogares Protegidos, puesto que hay pacientes que requieren fármacos para estabilizar su organismo, sino que también se apoya la rehabilitación de los pacientes mediante la normalización de sus relaciones sociales con el entorno más cercano, su hogar y su barrio.

También desde la visión del auxiliar entrevistado a cargo del Hogar N° 5, tomando en cuenta que esta persona convive a diario con todos los pacientes del hogar, concibe al Hogar Protegido N° 5 como una buena instancia que permite que los residentes tengan avances en su manejo de relaciones sociales:

“...de todas maneras, les sirve para su desarrollo personal, ellos pueden convivir bien con la gente de acá...incluso aprenden a formar amistades con los vecinos, de hecho los vecinos los respetan mucho, los cuidan...” (José, auxiliar paramédico Hogar N° 5)

Por la ausencia de las redes familiares de los pacientes residentes del Hogar N°5 y los demás hogares, es que la relación del Hogar y la comunidad son relevantes, ellos requieren de este vínculo para continuar con el proceso normal de la vida que es la convivencia e interrelación con otros.

Por esto se justifica que los Hogares estén insertos en determinados sectores de comunas del área norte de Santiago, para favorecer las relaciones con el entorno, las relaciones con los vecinos y las distintas instancias organizativas de la comunidad las que aportan a la “normalización” de las vidas de los pacientes psiquiátricos forenses del Hogar N°5 y los otros hogares del Proyecto.

El vínculo con la comunidad y los representantes de organizaciones comunitarias facilita las relaciones ya que:

“son canales comunicativos y canalizadores de información, lo que facilita la llegada a la gente de la comunidad en pleno” (Cristian Paredes, Asistente Social)

De modo de influir en la desinformación que existe en el inconsciente colectivo de las comunidades, los representantes de las distintas organizaciones comunitarias se convierten en los principales agentes

promotores de información en la comunidad, combatiendo la estigmatización y discriminación contra los pacientes psiquiátricos.

Es así como se infiere que la percepción de los miembros del equipo clínico del Hogar N° 5, es positiva, como instancia primera para avanzar en materias de tratamiento y rehabilitación en salud mental. Esta se basa en los hechos reales que se viven en la cotidianeidad del hogar y de su contacto con el entorno comunitario, constituyéndose el hogar protegido como una medida efectiva de reinserción social, pero dejando en claro que:

“es una opción tardía, que le falta aún más...el hogar como instancia es positivo pero es un primer paso, un acercamiento a la necesidad real.” (Cristian Paredes, Asistente Social)

Se hace hincapié en que la modalidad de Hogar Protegido es una buena iniciativa de reinserción social, que permite a los pacientes que se integren a las actividades comunitarias. Sin embargo, es necesario trabajar aún más para que efectivamente esta integración se visualice en forma real y de esta forma los pacientes logren incorporarse en forma activa a las actividades que se organizan en las organizaciones sociales y se sientan parte de una comunidad o del vecindario local, por eso es necesario que:

“Para poder lograr una verdadera reinserción, el trabajo hay que hacerlo antes y durante todo el tiempo, no solamente de que lleguen los pacientes ahí, porque la gente igual teme desconfía, y eso puede generar un problema” (Pablo Palma, Psiquiatra)

Lo anteriormente mencionado hace hincapié en la necesidad de educar a la población y de proporcionar información al vecindario local, durante todo el proceso en que el Hogar Protegido se inserta en la comunidad.

Es necesario hacer un trabajo continuo y permanente, que derribe los mitos y los miedos que los vecinos puedan tener hacia los pacientes psiquiátricos y a las enfermedades mentales. Mitos y miedos que se incorporan en el imaginario colectivo de la comunidad y que se han instaurado desde construcciones sociales y culturales, que en gran medida determinan y predisponen nuestro actuar frente a situaciones desconocidas que pueden ser consideradas como amenazas para el vecindario, como es el caso de las enfermedades mentales.

2. Actitudes

A modo de visualizar las predisposiciones y/o comportamientos del equipo clínico del Proyecto “Juntos Construimos un Sueño”, frente a esta nueva modalidad de Hogar Protegido, es que se hace necesario indagar en las actitudes que encauzan valores, predisposición, comportamientos, formas de actuar, ideales, etc., en el equipo clínico del proyecto, a fin de establecer si es que estas ideas inciden o no en el proceso de reinserción de los pacientes del Hogar N° 5.

Ahora bien, llevando lo anteriormente mencionado a la realidad de este estudio es que es necesario identificar las actitudes de los diferentes profesionales que conforma el equipo clínico, en función de determinar si estos componentes que integran estas predisposiciones influyen o no en la reinserción social que propone el Proyecto “Juntos Construimos un sueño”, y además de analizar explícita o implícitamente de qué manera influyen los ideales en cada uno de los profesionales entrevistados.

Desde esta visión es que el equipo clínico, infiere, sobre los pacientes psiquiátricos y la modalidad de Hogar Protegido, específicamente del Hogar N°5, frases como:

***“Es un derecho fundamental, en términos sociales primero porque es una política, no cierto, constituida por otro lado son seres humanos, sociales, deben convivir en el medio natural. Deben compartir con los vecinos, con la comunidad”
(Carmen Gloria Graver, Asistente Social)***

Claramente desde la visión de la Trabajadora social, la realidad de que estos pacientes se inserten en la comunidad, es un derecho fundamental, puesto que es una política ya establecida, además porque son seres humanos, primeramente sociales, con el derecho de vivir en comunidad y con los vecinos, de esta forma es importante trabajar en integrar a estos pacientes a las actividades cotidianas, desde lo más micro, en los propios Hogares, favoreciendo a la reinserción, mediante:

“Actividades que han tenido objetivos claramente integradores, como cumpleaños, fiestas patrias, celebraciones navideñas, hemos hechas feria de las pulgas, se han conformado un grupo folklórico” (Carmen Gloria Graver, Asistente Social)

Opiniones como estas reflejan que al interior de estos hogares existe una clara disposición de integración y reinserción social, por ende se realizan actividades en pro de la rehabilitación y reinserción social de los residentes del Hogar N° 5, actitudes que demuestran que existe el interés porque estos pacientes logren llevar una vida con más calidad, desde una mirada

integradora e inclusiva, que integre a los pacientes a las actividades cotidianas, en función de favorecer y propiciar una verdadera reinserción.

Sin duda que existen avances y logros en cuanto a lo que el Proyecto se propone. Sin embargo, debido a la gran atomización y individualización en la que estamos expuestos cada día, vemos que nuestras relaciones de cotidianidad dificultan y obstaculizan los verdaderos procesos de reinserción.

Hoy en día, nos relacionamos cada vez menos con nuestros vecinos, con nuestra gente, hemos perdido el verdadero sentido comunitario, se cree que lo comunitario es externo, que son instituciones formales, se olvida que cada uno conforma a la comunidad y el verdadero protagonismo en estos espacios.

Por esta razón, se ha perdido el sentido de vecindad, el encanto con el otro, la confianza, el respeto, lo que genera muchas veces temor hacia nuestros pares, insegurizando nuestras relaciones e interacciones sociales. Desde este aspecto es que es necesario:

“...educar a la población, y en general toda la información posible para que los vecinos conozcan y reconozcan a los pacientes psiquiátricos, y pierdan también un poco ese miedo que les tienen...” (Carmen Gloria Graver, Asistente Social)

Se hace énfasis en la necesidad de que se generen espacios de diálogo con los vecinos y actores informales de la comunidad. A modo de que la vecindad pierda el miedo a estos pacientes, que se generen espacios de encuentro con ellos, para lograr romper el hielo, de esta forma, mediante la educación y herramientas entregada a los vecinos para que rompan con estas cadenas de exclusión y segregación. De esta manera se propicia un ambiente

acogedor, fomentando estrategias de integración contra la estigmatización y discriminación hacia los pacientes psiquiátricos. Es por lo anteriormente mencionado que:

“El educar sin duda alguna es la herramienta que puede facilitar que ellos comprendan a los pacientes y los acepten un poco mejor” (Pablo Palma, Psiquiatra)

La educación, es sin duda una de las herramientas fundamentales para romper con la estigmatización, con los mitos, con sesgos individuales que muchas veces empañan nuestra visión realista de los sucesos o contextos sociales. Es por lo anterior que los profesionales del proyecto ponen énfasis en la necesidad de que la población o la comunidad se eduquen sobre estas temáticas, en relación a las enfermedades mentales.

Los profesionales entrevistados señalan que al instalarse estos Hogares en las comunidades, debiesen abrirse procesos de debate y diálogo al interior de estas, en las que se les informe a los vecinos las funciones que cumplen los Hogares Protegidos y las características de los pacientes que habitan en ellos. De esta manera se involucra y se hace partícipe a la comunidad en estos procesos de integración e inclusión que el Proyecto “Juntos Construimos un Sueño” promueve.

Es por esto que es relevante conocer las formas en que los miembros del equipo clínico del Proyecto “Juntos construimos un Sueño”, visualizan las actitudes provenientes de la comunidad hacia los residentes del Hogar.

No es de extrañarse que cada uno de los integrantes del equipo manifieste expresamente que para la comunidad no es fácil convivir con pacientes

psiquiátricos, debido a los prejuicios, e inclusive rechazo, hacia las personas con discapacidades mentales:

***“...debo ponerme en el caso de los vecinos que no cuentan con información, sin duda que les da temor o desconfianza”
(Cristian Paredes, Asistente Social)***

Sin embargo, esta distancia ante las personas discapacitadas mentales, se sustenta en mitos o prejuicios, ya que los residentes del Hogar N°5 son pacientes que generalmente son personas pasivas y no conflictivas con el vecindario, pasa por un tema principalmente de educación con los miembros de la comunidad que recibe a los pacientes psiquiátricos:

“es entendible para la comunidad que ellos se preocupen por ellos mismos... están en todo su derecho...pero nunca ha habido mayores problemas” (José, auxiliar paramédico del Hogar N°5)

En un principio de la instalación del Hogar N° 5 en el sector, produjo reticencia hacia los pacientes psiquiátricos, debido a la desinformación, lo que con el tiempo se tradujo en cambios en las actitudes de los vecinos hacia los pacientes del Hogar N°5, debido a la creación de espacios informativos.

La información proporcionada juega un rol fundamental en el quiebre de los prejuicios y desconocimiento general en la población sobre los pacientes psiquiátricos del Hogar N° 5 en el sector de la Población Juan Antonio Ríos, fortaleciendo la reinserción social de éstos.

3. Estigmatización

Al investigar sobre la percepción que el equipo tratante del Proyecto “Juntos Construimos un Sueño”, tiene sobre los pacientes psiquiátricos forenses, permitirá conocer, desde las respuestas y apreciaciones de los entrevistados, si existe o no estigmatización, prejuicios a priori o ideas que se basan en la construcción histórica-cultural de cada persona. A la vez, permitirá conocer como enfrentan ellos como equipo, los prejuicios y en general la discriminación que pueda generarse en la comunidad hacia los pacientes del Hogar Protegido N° 5.

Al hacer inferencia en situaciones que han ocurrido y que podrían relacionarse con los prejuicios y las ideas a priori que las personas en general se formulan cuando visualizan a un paciente psiquiátrico, la profesional del equipo infiere que:

***“Cuando he tenido la oportunidad de acompañar a los pacientes al supermercado, por ejemplo, no falta el guardia que nos sigue, que los vigila, ya nos ha pasado varias veces”
(Carmen Gloria Graver, Asistente Social)***

En general se puede inferir que en el barrio donde está inserto el Hogar no se acentúa mayor estigmatización ni discriminación hacia los pacientes. Sin embargo, si han existido situaciones que podrían dar cuenta del vecindario externo al cuadrante que rodea al Hogar, por ejemplo supermercados, en los cuales personal de éste se habrían formulado impresiones, prejuicios e ideas a priori al observar a un paciente psiquiátrico.

Es en estos casos donde es necesario que las personas conozcan a estos residentes, y puedan considerarlos como un cliente más del lugar, sin necesariamente pensar que son personas amenazantes para el resto de la gente o son un peligro para la sociedad. Es por esta razón, que profesional

entrevistada menciona que cuando han ocurrido estas situaciones es ella la encargada de acercarse a los guardias de seguridad y explicar la situación, tratando de romper con los mitos y prejuicios de estos.

El imaginario colectivo que mantiene la sociedad por sobre las enfermedades mentales y por sobre las personas que las padecen, según el profesional de la unidad de psiquiatría del equipo señala que:

“La mayoría de la población piensa que un paciente psiquiátrico es una persona que es peligrosa, o que en el fondo de que la mayoría de los pacientes que tienen enfermedades psiquiátricas siempre están mal, de que no pueden llegar a ser personas normales” (Pablo Palma, Psiquiatra)

Sin duda, que los pacientes psiquiátricos no están exentos de la estigmatización y de los prejuicios que las personas puedan formularse de ellos, y en relación a lo que afirma el entrevistado anteriormente, en forma recurrente se asocia paciente psiquiátrico a peligro y no corresponde a lo que cada uno considera como normal. Ya que la enfermedad propiamente tal se interpreta como algo que está fuera de lo normal o de lo natural, por lo que sin duda todo lo desconocido genera incertidumbre, ansiedad e ideas a priori de lo desconocido.

La estigmatización hacia los pacientes psiquiátricos del Hogar N°5, se relaciona con el prejuicio que tienen las personas que comparten un entorno común con ellos, sea el vecindario, o un lugar público cualquiera sea éste.

Para los pacientes psiquiátricos forenses del Hogar, la estigmatización se vive en forma externa al vecindario y entorno más cercano, corresponde a

lugares frecuentados por los pacientes psiquiátricos donde no los conocen y no saben que tipo de enfermedad les afecta, más bien, este estigma social, no es por parte del barrio inmediato de los pacientes psiquiátricos, como lo señala el profesional entrevistado:

“Hemos estado en museos, parques...para ellos se transforma en un mundo de salidas, pues se reencuentran con ellos mismos, es un desafío no menor, pues están cara a cara con sus miedos y con el prejuicio” (Cristian Paredes, Asistente Social)

No es precisamente este barrio de la Población Juan Antonio Ríos, el generador de estigmatización, donde existen ideas preconcebidas o un juicio a priori negativo sobre las personas que poseen enfermedades psiquiátricas. Sino más bien nos remontamos a un ideario social que aún persiste hasta nuestros días, pero que, específicamente en los vecinos que rodean al Hogar N°5 no destaca como problemática.

Dentro del presente análisis de la información proporcionada, se afirma que existe estigmatización hacia las personas con problemas psiquiátricos, pero como problemática social, no como problema acotado al vecindario del Hogar N°5, esto claramente tiene sus excepciones, no nos olvidemos que:

“La construcción histórica en relación a la psiquiatría y los pacientes, ha incentivado a generar anticuerpos frente a estas personas...” (Cristian Paredes, Asistente Social)

Pero respecto de los vecinos más cercanos al Hogar N°5, los que están en contacto a diario con los pacientes en el sector la Unidad Vecinal N° 17 de la Población Juan Antonio Ríos de la comuna de Independencia, resultan no

manifestar ninguna impresión negativa ya que los conocen y manejan información acerca de quienes son y qué tipo de enfermedades tienen, debido a las charlas informativas surgidas cuando el Hogar se instauró en el barrio.

4. Discriminación

Hoy en día, existen elementos culturales que condicionan o que guían nuestro comportamiento o nuestras actitudes frente a determinados temas. Estos elementos y estas construcciones históricas influyen en las apreciaciones o en el imaginario colectivo que nos formulamos de determinadas situaciones o personas.

Cuando se habla de salud mental o enfermedades mentales, nuestra mente se predispone de ideas y conceptos que muchas veces no se ajustan a una realidad determinada, cuyas ideas pueden también verse relacionadas con la construcción cultural y experiencias de vida personales.

La discriminación hacia personas con discapacidades mentales, es un tema que data ya desde hace muchos años y es influenciada por las distintas experiencias de vida de cada ser humano y de la heterogénea naturaleza de los seres vivos.

En el Hogar N° 5, se han visualizado ciertas actitudes discriminatorias hacia los residentes, de acuerdo a los que menciona la profesional:

“Sí, en alguna ocasión se han dado agresiones indirectas. Un grupo de vecinos mandaron una carta a la municipalidad pidiendo que sacaran al hogar protegido del lugar, porque se

***sintieron amenazados por sólo la presencia de los pacientes”
(Carmen Gloria Graver, Asistente Social)***

Frente a estas situaciones se han tenido que enfrentar algunos de los pacientes del Hogar Protegido, situaciones que se relacionan con el desconocimiento de la comunidad hacia el hogar y sus residentes. Al instalarse un Hogar Protegido con estas características, el vecindario local se siente “afectado o amenazado”, y sintiéndose desvalidos frente a tales situaciones se agrupan con el fin de dar respuestas a estos sentimientos de desprotección.

La ansiedad que genera lo desconocido y las conductas que asumen determinadas personas frente a estos pacientes con enfermedades mentales, se relaciona principalmente con que:

***“Es algo que se da por desconocimiento de la gente, simplemente por falta de información, por miedo, de alguna manera toda esta falta de información genera el miedo”
(Pablo Palma, Psiquiatra)***

Cabe mencionar, que a menudo estas situaciones ocurren al momento de instalarse un Hogar Protegido dentro de la comunidad. Es por esta razón, que es necesario educar a la población y a la comunidad, sobre las enfermedades mentales y funciones que cumplen este tipo de Hogares, y los pacientes que residen en él. Esta educación y sensibilización comunitaria debiera ser trabajada durante todo el proceso de inserción, es decir antes, durante y posterior a que este hogar protegido se inserte en un vecindario específico. De esta manera, podría disminuir el nivel de ansiedad y discriminación por parte de algunos vecinos.

Respecto de los derechos de los pacientes, estos tienen una importancia fundamental ya que la responsabilidad de hacer valer sus derechos también constituye una validación de los deberes de éstos, lo que es sano para una óptima convivencia porque:

“Toda persona tiene derechos y a priori tiene obligaciones. Si se quiere normalizar las condiciones de vida, las obligaciones no pueden dejarse de lado” (Pablo Palma, Psiquiatra).

Se concluye a través de las entrevistas realizadas al auxiliar encargado del Hogar N°5, un psiquiatra encargado de los controles médicos de los residentes y los dos asistentes sociales coordinadores del Proyecto “Juntos Construimos un Sueño”, que en el sector de la Unidad vecinal N° 17 “Lautaro”, donde residen los pacientes psiquiátricos, no existe una discriminación mayoritariamente definida en los vecinos, ya que:

“Las cosas han ido cambiando porque los vecinos se han dado el tiempo de conocer al paciente, la cosa se ha ido arreglando, por ejemplo cuando llego a mi turno, hay algunos de los pacientes que están hablando con los vecinos o barriendo...se dan cuenta que no es tan terrible.” (José, auxiliar paramédico del Hogar N°5)

Se puede concluir entonces para el presente estudio, según la visión de todos los integrantes del Equipo clínico del Hogar N°5, que la discriminación hacia los pacientes psiquiátricos forenses en el sector comprendido por la Unidad Vecinal N° 17 “Lautaro”, no constituye un mayor problema en la interrelación del Hogar con los vecinos, incorporando también dentro de esta categoría a algunas organizaciones sociales representativas del sector, como por ejemplo la junta de vecinos, un club de adulto mayor, una organización

religiosa, que justamente se conforman en las organizaciones que estuvieron presentes en la reunión informativa sobre el Hogar cuando comenzó su implementación.

5. Organización

La organización del Hogar N°5 parte por el equipo clínico del Proyecto “Juntos Construimos un Sueño” quienes como profesionales conforman las actividades principales que se realizarán en el Hogar. Esta organización, tanto interna como externa, aún mantiene su carácter institucionalizado:

“Siento que es demasiado diferenciado y con un enfoque clínico lo que se hace hasta ahora... fomenta el ambiente clínico, bajo en actividades y participación...” (Cristian Paredes, Asistente Social)

Esto quiere decir, que en el trabajo desarrollado en estos primeros años de implementación de hogares protegidos desde el Hospital Horwitz Barak, más específicamente en el Hogar N°5, no existe una planificación de las actividades destinadas a desarrollar objetivos de intervención social con los pacientes, sino que se remiten a su rehabilitación mediante las prácticas de medicina tradicional.

Es por esto que el trabajo desarrollado últimamente con la implementación del proyecto ha contribuido a fortalecer las habilidades sociales y la resiliencia en los pacientes psiquiátricos.

Acerca de instancias organizativas frente a los pacientes psiquiátricos forenses del Hogar N°5, existen pero estas actividades devienen del mismo Hospital Psiquiátrico Horwitz Barak o del Proyecto, hacia la comunidad,

nunca desde coordinaciones o peticiones externas hacia el hogar, por ejemplo:

“Se arma una activación...que es una fiesta que se organiza todos los días jueves en el servicio, se arma una fiesta de 4 a 5 de la tarde y se invita a pacientes de todos los servicios, se juntan ahí, comparten, bailan...” (José, auxiliar paramédico del Hogar N°5).

Esta actividad con fines terapéuticos que organiza el Hospital Psiquiátrico, reviste un carácter notoriamente médico, pero ¿qué sucede con las intervenciones de acercamiento e integración de los pacientes del Hogar N°5 con la comunidad y vecinos de su barrio?, este trabajo está en camino, aún en pleno desarrollo y lleva poco tiempo en práctica:

“...fueron conseguidas por estudiantes en práctica en el hogar, y están vinculadas a la junta de vecinos.” (Cristián Paredes, Asistente Social)

Esta organización reciente del proyecto con la comunidad, tiene sus ribetes desde la elaboración de una jornada informativa para los vecinos, para el conocimiento de la población sobre el Hogar y sus pacientes. Hoy en día ha llegado a que las prácticas universitarias se encarguen de mantener el contacto siempre disponible con algunos dirigentes comunitarios, como es el caso de la junta de vecinos N°17, para propender a una reinserción social de estos pacientes y a través de ellos.

La organización mediante estos espacios de comunicación facilita la incorporación de los pacientes psiquiátricos del Hogar N°5 en la comunidad y sus distintas actividades, siempre respetando sus limitaciones físicas, pero

entendiendo que se está en proceso de construcción de una red en que la puedan participar.

También es notoria la ausencia de un rol facilitador de relaciones sociales del auxiliar encargado del Hogar, su rol se remite a las funciones de orden interno del hogar, las alumnas en práctica de carreras como psicología y trabajo social cumplen ese rol, pero esta falta de motivación de los funcionarios por cooperar con la reinserción social de estos pacientes, se conformaría en un proceso permanente y efectivo si los mismos auxiliares trabajan potenciando las habilidades sociales de los residentes.

Como se puede observar en algunos comentarios que se hacen respecto de las celebraciones extra programáticas dentro del Hogar:

“No es con los vecinos, no...o sea navidad es con los tíos, es de nosotros con ellos, acá, pero es una cosa más de nosotros” (Cristián Paredes, Asistente Social)

Esta organización se remite a lo interno. Sin embargo, que los pacientes se organicen con la comunidad es un punto fundamental para lograr la reinserción y rehabilitación social de éstos. Una de las coordenadas principales es activar a los pacientes del hogar para contribuir con una reinserción efectiva.

6. Participación

Este concepto se configura como un elemento relevante para el desarrollo de la convivencia con la comunidad. Claramente desde lo acontecido en el Hogar N° 5 la participación de los residentes se remite a escasas posibilidades.

Uno de los factores que incide en la baja participación en actividades comunitarias se debe, entre otros factores, a las discapacidades físicas que afectan a los pacientes. Dichas enfermedades se transforman en un obstaculizador para el proceso de reinserción social de los pacientes,

“Yo creo que como por ejemplo, el hecho de ir a una reunión en una iglesia ya se están integrando a la comunidad, pero también hay cosas que no se les pueden exigir por ejemplo ellos no van a participar de una escuela de fútbol” (José, auxiliar paramédico del Hogar N°5)

Cabe mencionar que el Hogar N° 5 es uno de los pocos hogares del proyecto, donde sus residentes se encuentran en mejores condiciones neurofisiológicas que los pacientes de otros hogares, lo que invita a reflexionar sobre el estado físico de los pacientes psiquiátricos como un impedimento en su proceso de reinserción, aunque específicamente en este hogar sean minoritarios los casos realmente afectados por sus condiciones físicas.

Como una medida de atender esta necesidad es que se crean instancias institucionales para la rehabilitación de los pacientes del Hospital y del Proyecto “Juntos Construimos un Sueño” con fines terapéuticos.

Este proceso de retroalimentación reciente en el vecindario local, ha permitido que la reflexión y el diálogo estén presentes en la convivencia del barrio, donde se facilita la estancia de los pacientes en su medio comunitario. Sin embargo, existen elementos que obstaculizan la comunicación entre la comunidad y los residentes del hogar ya que su participación es baja debido

principalmente a la escasez de canales comunicativos permanentes con la comunidad.

Se toma en consideración las actividades comunitarias debido al contexto que rodea al Hogar Protegido N° 5, residentes con escasas redes familiares y un entorno institucionalizado dentro de un hogar donde su objetivo principal es desinstitucionalizar a los pacientes.

Es por esto que la participación de los pacientes se ha visto reflejada principalmente en un proceso de vinculación con su entorno social más cercano, la población Juan Antonio Ríos:

“Se han realizado actividades relacionadas con la junta de vecinos y otras referidas a la asistencia a las redes intersectoriales de salud, a la cual los pacientes asisten por necesidad, entendiendo que son múltiples no se activan estas redes más participativas” (Cristian Paredes, Asistente Social)

Claramente existe una baja activación de redes, para lo cual este estudio intenta contribuir a considerar un campo más amplio de acción y participación para los pacientes psiquiátricos forenses del Hogar N° 5, expandiendo junto con esto sus posibilidades de reinserirse socialmente y de mejorar su calidad de vida.

Al referirnos a la temática de reinserción social y rehabilitación de los pacientes psiquiátricos forenses del Hogar, es necesario aludir al nivel o grado de participación que los residentes puedan tener en las actividades que se organizan tanto dentro como fuera de éste. Sobre esta participación interna y externa en las actividades de los pacientes psiquiátricos, además, se puede establecer que:

“Las actividades que hay, son actividades recreativas, de activación como les decía yo, que están insertas en el contexto de activación de los pacientes, pero dentro de la misma comunidad hospitalaria” (Pablo Palma, Psiquiatra)

Las actividades que proponen el hogar y el hospital psiquiátrico en algunas ocasiones, están ligadas a la activación de los pacientes. Estas corresponden a talleres de rehabilitación que se implementan para que los pacientes salgan de su rutina habitual y les permite acceder a nuevas oportunidades, ya sea en el ámbito laboral y social. Ya que mediante la activación de estas redes facilita que los pacientes el día de mañana puedan acceder a nuevos puestos de trabajo, abriéndose su horizonte al mundo laboral.

Sin embargo, según el profesional entrevistado, la participación externa de los pacientes, es decir con la comunidad es escasa y existen insuficientes canales de comunicación y activación que sean integrativos para los residentes del Hogar N° 5, siendo necesario potenciar este aspecto para lograr una verdadera y eficaz reinserción y rehabilitación social. Para lo anteriormente mencionado es necesario:

“...Transmitir a los pacientes de las actividades que se organicen en la comunidad. Para favorecer el espíritu comunitario y que se sientan parte o miembros de ella...”
(Carmen Gloria Graver, Asistente Social)

Se hace preponderante que los pacientes psiquiátricos sean incluidos en las actividades que se organizan en las distintas organizaciones sociales del sector, para que logren sentirse partícipes de su proceso de reinserción,

activándolos como personas, y propiciando la participación e inclusión de las instancias comunitarias, que puedan sentirse parte de una comunidad y del vecindario local que los incorpore en las actividades e instancias que son propuestas desde estas redes formales.

7. Calidad de Vida

Mejorar la calidad de vida de los pacientes psiquiátricos del Hogar N° 5 es uno de los objetivos del Proyecto “Juntos Construimos un sueño”. Existen aún falencias que se visualizan desde las opiniones del equipo tratante del proyecto, que hablan principalmente de que:

“Las condiciones no son las más adecuadas para una persona que vive en una casa” (Pablo Palma, Psiquiatra)

Las condiciones físicas en las que habitan los residentes del Hogar N° 5, según el profesional entrevistado, no serían las más adecuadas, a esto se suman la cantidad de personas que habitan en una casa y el conglomerado que se visualiza en algunos de los Hogares Protegidos.

Un elemento que obstaculiza todo proceso de reinserción social y rehabilitación es la escasez de recursos que se destinan a este tipo de instancias, los cuales deben ser invertidos en cubrir las necesidades básicas de los residentes del Hogar. Presupuesto que en ocasiones no considera las condiciones físicas de los pacientes que habitan en los Hogares Protegidos.

Al hablar de calidad de vida también es necesario incorporar cómo el nivel de estudios influye en la vida que puedan llevar los pacientes al interior del Hogar:

“Les es mucho más fácil la interacción social que establecen y esto se nota, los pacientes que han cursado estudios superiores. Les es mucho más fácil establecer relaciones sociales porque de alguna manera, han tenido más tiempo de roce social, y más oportunidades...” (Pablo Palma, Psiquiatra)

Los pacientes que se han incorporado en alguna oportunidad al sistema educacional, claramente las oportunidades son más favorables que de aquellos residentes que no tienen estudios. Los accesos a distintas redes, como las laborales, influyen notablemente en este proceso de reinserción social y rehabilitación. Lo señalado anteriormente no sólo ocurre en la vida de estos pacientes, sino más bien en todo tipo de relaciones sociales. Es recurrente que las oportunidades laborales se relacionen directamente con el nivel de preparación que cada individuo adquiera en esta sociedad:

“Sin duda, la educación es una herramienta, para hacer su vida lo más normal posible” (Carmen Gloria Graver, Asistente Social)

Algunos de los pacientes no tienen un nivel educacional que les permita acceder a mejores oportunidades, a esto se le suma también la incapacidad física que algunos de los residentes del Hogar manifiestan. Por ende, estos factores se consideran también obstaculizadores en su rehabilitación y reinserción social.

En nuestra sociedad las oportunidades laborales están cada vez más escasas, en este contexto los pacientes psiquiátricos se ven aún más afectados que el resto de los seres humanos, ya que producto de su discapacidad mental y en casos, de su discapacidad física no les es posible tener acceso a redes laborales que reconozcan sus potencialidades y

capacidades, siendo en muchas ocasiones más importante el nivel de productividad y ganancias económicas lo que prepondera e importa en el rubro empresarial, dejando en segundo plano el esfuerzo y la disposición de los residentes.

Lo que se desprende en lo señalado anteriormente, es que existen muchos factores que obstaculizan el eficaz proceso de reinserción social de los pacientes psiquiátricos del Hogar N° 5, que inciden también en el mejoramiento de la calidad de vida de los residentes.

Otro de los factores que están directamente relacionados con la variable en cuestión (calidad de vida), es la posibilidad de roce social que los pacientes tengan con el vecindario local:

“Una de las maneras de poder permitir que un paciente se reinserte es dándole más roce con personas que no tienen enfermedades psiquiátrica...” (Carmen Gloria Graver, Asistente Social)

Un factor importante a considerar, en este proceso de reinserción y rehabilitación social, es la capacidad que tienen los pacientes psiquiátricos del Hogar N° 5, para relacionarse socialmente con su vecindario local. Es decir, es en este proceso de interacción y comunicación con la comunidad que se establecen normas y pautas conductuales en las mismas relaciones e interacciones que los pacientes mantienen con algunos de los vecinos o representantes de las organizaciones sociales.

Por esto, es que se hace imprescindible que se generen pautas e instancias de interacción y participación de los pacientes con la comunidad, ya que mediante estas, irán internalizando lo que la sociedad considera como

comportamientos o conductas “correctas o incorrectas”, integrando el concepto de comportamiento social.

Es importante reflexionar en torno a la concepción de las personas hacia los pacientes psiquiátricos, que pertenecen a un grupo socialmente estigmatizado y discriminado a lo largo de la historia. Sin embargo, existen hoy en día, alternativas de rehabilitación y reinserción social a través de los Hogares Protegidos, los que se implementan para mejorar la calidad de vida de los residentes.

Dentro de esta categoría, que apunta a la calidad de vida de los pacientes psiquiátricos los entrevistados observan que influye directamente con el bienestar en el Hogar Protegido, lo siguiente:

“No creo que sean felices por todo lo que les está golpeando, o sea el tema familiar, el tema de la salud, de la enfermedad, o sea ellos saben que están enfermos, me dicen: “tío no me gustaría ser así”, ellos no son felices, si bien es cierto acá en el hogar no les falta nada, tienen todos sus controles al día...”
(José, auxiliar paramédico Hogar N° 5)

En este ambiente institucionalizado dentro del Hogar, se encuentran las prácticas médicas, como el medio tradicional de rehabilitación para sus pacientes, sin embargo, la vinculación con la comunidad, permite que el Hogar Protegido se configure en una instancia dual de intervención en la calidad de vida de los pacientes psiquiátricos, donde el factor social también adquiere crucial relevancia, permitiendo el fortalecimiento de las relaciones sociales de los pacientes con su vecindario local y por lo tanto, una mayor integración.

Lo anteriormente mencionado es el ideal del Proyecto, sin embargo, la realidad del Hogar N° 5, está basada en una nula participación permanente dentro de las actividades sociales comunitarias, escasa vinculación a redes comunitarias, las que se transforman en un camino directo a la reinserción social de los pacientes de éste hogar, ya que casi no existen redes familiares.

8. Entorno Social

El entorno social de los pacientes psiquiátricos del Hogar N° 5 corresponde a las condiciones de vida que poseen los residentes. Algunos de estos elementos son el nivel de ingresos, los estudios que han realizado, si desarrollan algún tipo de trabajo y la comunidad a la que pertenecen, estos factores apuntan a la calidad de vida y la reinserción social de las personas con discapacidades mentales.

Para los pacientes del Hogar N° 5 la calidad de vida se incrementa por medio de los elementos que facilita el entorno social. Existen casos donde los pacientes pueden reinsertarse socialmente a través de este tipo de talleres que se ofrecen dentro del Hospital, pero en el caso de los residentes del Hogar N° 5 ninguno de sus integrantes participa de estas iniciativas. En razón de lo anterior se recoge la siguiente percepción:

“Se puede mejorar el obtener un acercamiento a la comunidad que no solo contemple el impacto a la comunidad desde tener a un loco como vecino, sino que vaya a validarle como vecino y que este sea parte del espacio comunitario”.
(Cristian Paredes, Asistente Social)

Claramente el entorno comunitario de los pacientes del Hogar N° 5 los acepta y no discrimina, sin embargo, el proceso de inserción social en las redes locales, igualmente continúa siendo un asunto que no es permanente y constante en el tiempo, debido a que no existe un programa o política que apunte fortalecer la vida comunitaria de los pacientes psiquiátricos. Esto genera un proceso más lento en la reinserción social, en el cual se visualizan ciertos obstáculos, como la falta de canales comunicativos constantes entre el hogar y la comunidad, con la finalidad de mejorar el ámbito social de los pacientes ya que el área médica institucional cumple con sus funciones a cabalidad dentro de los hogares.

El entorno social, es un factor importante a considerar al momento de mejorar la calidad de vida de los pacientes psiquiátricos y contribuir a su rehabilitación y reinserción social.

Es por lo anterior, que además, se considera relevante indagar sobre el contexto que rodea al Hogar Protegido y cuáles son los elementos que favorecen y obstaculizan estos procesos integrativos de los residentes con la comunidad:

“....Que los pacientes se muestren a la comunidad como personas que pueden colaborar y que están hay, no es que sean como una burbuja que están dentro de un grupo, y todos miran hacia esa burbuja, pero está claro, está dentro de la comunidad, pero no son parte de la comunidad.” (Pablo Palma, Psiquiatra)

El proceso de reinserción social y por ende el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes, se relaciona directamente con el entorno social y el contexto que rodea a los residentes del Hogar N° 5. Las actividades

comunitarias e inclusivas podrían brindar oportunidades a los residentes del hogar, en las cuales se hicieran partícipes de su proceso de rehabilitación.

Estas instancias mencionadas anteriormente son escasas, y existe, con más frecuencia participación interna al interior del Hogar, que con la comunidad. Es por esta razón que es necesario potenciar los vínculos existentes entre los pacientes del Hogar Protegido con el vecindario local y con los representantes de las organizaciones sociales, en función de que esta reinserción propuesta sea eficaz y se logre que se integren a las actividades de la comunidad, haciéndolos partícipes de su proceso de rehabilitación, protagonizando su participación en las instancias sociales.

El entorno geográfico y social en el que está inserto el Hogar Protegido, es un factor preponderante, que se relaciona directamente con mejorar la calidad de vida de los residentes del Hogar y con el objetivo integrativo que propone el proyecto. Es por esto, que es necesario tener presente, lo siguiente:

“...enseñarles a estos pacientes a convivir con otras personas, con el entorno más directo, y que acepten normas claras y aprendan a respetar a los otros pacientes, en definitiva que aprendan a vivir en un hogar, en una familia, con hábitos claros y consistentes” (Carmen Gloria Graver, Asistente Social)

Sin duda para mejorar la calidad de vida los pacientes psiquiátricos, es necesario facilitar herramientas, para que se puedan comunicar de la manera más asertiva posible, desde la forma de comportarse, normas sociales claras, como el saludo, la cortesía, el respeto, etc.

Estos elementos influyen considerablemente a la hora de anhelar esta reinserción social mencionada, ya que en la medida que los pacientes incorporen estas estrategias y utilicen sus capacidades, potencialidades y habilidades sociales, será más factible y menos obstaculizador la interacción con el vecindario local, lo que propiciará un entorno social más agradable e inclusivo.

Para el caso de los residentes del Hogar N°5 se visualiza que los factores que más dificultan la reinserción social de los pacientes son la organización y participación con su entorno social más inmediato, la comunidad local. Tal como lo señalan los profesionales del equipo tratante, estos dos factores son primordiales a la hora de que los residentes del Hogar se desarrollen y desenvuelvan, fortaleciendo su calidad de vida como pacientes psiquiátricos y como vecinos de un mismo barrio.

Además de estos factores se encuentran elementos que facilitan la integración de los pacientes psiquiátricos como la percepción que tienen los dirigentes y vecinos de las organizaciones comunitarias del Hogar N° 5.

Los dirigentes del sector tienen una visión integradora sobre los pacientes psiquiátricos lo que permite facilitar la reinserción de estos teniendo un bajo grado de estigmatización y discriminación.

Cada uno de los ámbitos estudiados dentro de este capítulo, se relaciona con cada una de las aristas que influyen en la reinserción social de los Pacientes Psiquiátricos del Hogar N° 5. Cada uno de estos factores fortalecen o dificultan el proceso de integración de las personas con enfermedades mentales a la comunidad en la que se encuentran insertos.

CAPÍTULO V

FACTORES QUE INCIDEN EN LA REINSERCIÓN SOCIAL DE LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS SEGÚN DIRIGENTES DE ORGANIZACIONES COMUNITARIAS

Para el presente estudio se utilizó el análisis cuantitativo, mediante el cuestionario con preguntas mixtas para recoger la información proporcionada por los distintos informantes claves de las organizaciones sociales comunitarias del sector de la población Juan Antonio Ríos, correspondiente a la Unidad Vecinal N° 17 “Lautaro”.

Dichas organizaciones representan un universo de 17 agrupaciones circunscritas a la Unidad vecinal, pero sólo 8 de ellas representarán su percepción hacia los pacientes psiquiátricos del Hogar N° 5 en esta

investigación. Las 8 organizaciones encuestadas se deben a que sólo dichas colectividades tienen conocimiento de la existencia de este hogar de pacientes psiquiátricos en el sector.

Es importante mencionar que de dichas organizaciones, 24 son los informantes claves para graficar la percepción que poseen los representantes de las organizaciones hacia los pacientes psiquiátricos del Hogar N°5.

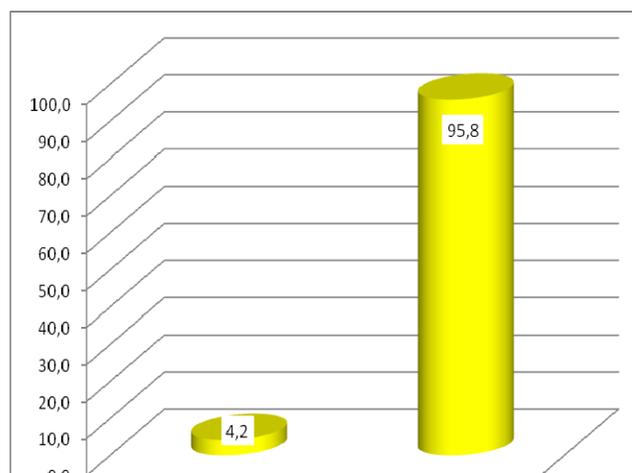
Lo anteriormente señalado verificará si estas organizaciones comunitarias se configuran en una red efectiva de reinserción social para los residentes del hogar mencionado.

1. Percepción

La percepción que poseen los distintos dirigentes de organizaciones sociales sobre los pacientes psiquiátricos proporcionará al presente estudio información respecto si sus apreciaciones influyen o no en su proceso de reinserción social. Para esto se analizaron los siguientes factores que se presentan a continuación:

Gráfico N° 4

Reconocimiento del Paciente Psiquiátrico



Fuente: Investigación directa

Existen dos categorías que darían cuenta de la realidad acerca de cómo los encuestados reconocen o no a un paciente psiquiátrico del Hogar N°5. Estos niveles miden si existe o no un nivel de relación mínimo para reconocer a un paciente psiquiátrico.

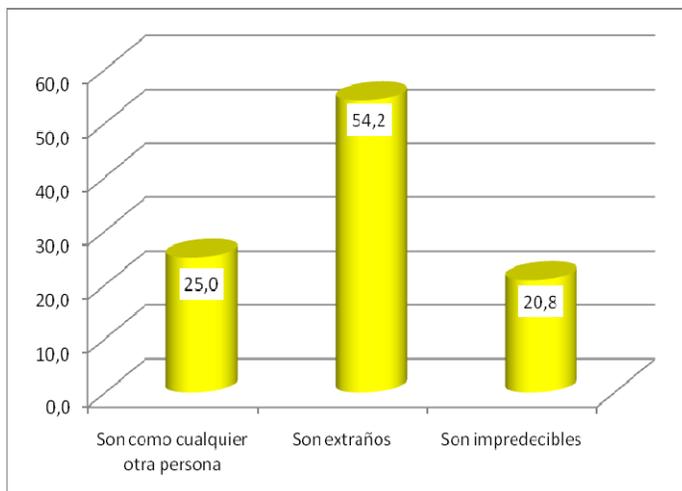
En esta ocasión un 95,8% de los encuestados dice reconocer a un paciente psiquiátrico del Hogar N°5 hablándole, lo que refleja que esta mayoría prefiere corroborar mediante la comunicación verbal de quien se trata esa persona.

Sin embargo, existe un 4,2%, que expresa prefiere reconocer a un residente del hogar observándolo, lo que refleja un cierto distanciamiento o temor, debido a la desinformación que aún existe en el vecindario local.

Por otro lado, se indagó cuáles son las opiniones de los distintos dirigentes de las organizaciones sociales y como éstos perciben al paciente psiquiátrico, la siguiente pregunta se dividió en tres categorías, que darán luces para averiguar en la influencia que tiene estas apreciaciones por sobre el proceso de reinserción social de los residentes del Hogar.

Gráfico N° 5

Opinión sobre los Pacientes Psiquiátricos



Fuente: Investigación directa

Acerca de los pacientes psiquiátricos propiamente tal, como personas con discapacidades y problemas mentales, los vecinos dirigentes de las organizaciones de este estudio, dicen no encontrarlos peligrosos o agresivos, lo que se contradice con el temor que aún persiste por la descompensación que estos pacientes puedan sufrir en algunas situaciones, como se puede visualizar en la pregunta N° 16 y 17 de este cuestionario. (Ver anexo)

Sobre los representantes de las organizaciones comunitarias que consideran que los pacientes del hogar son como cualquier otra persona, se configuran en un 25% de los encuestados, 6 dirigentes, quienes validan la idea de integrar a los residentes sin discriminarlos.

Con otra de las categorías que se dieron de opción en esta pregunta, sobre si los pacientes le parecen extraños, un 54,2% (13 personas) opina que sí lo son, siendo la mayoría y más de la mitad de los encuestados.

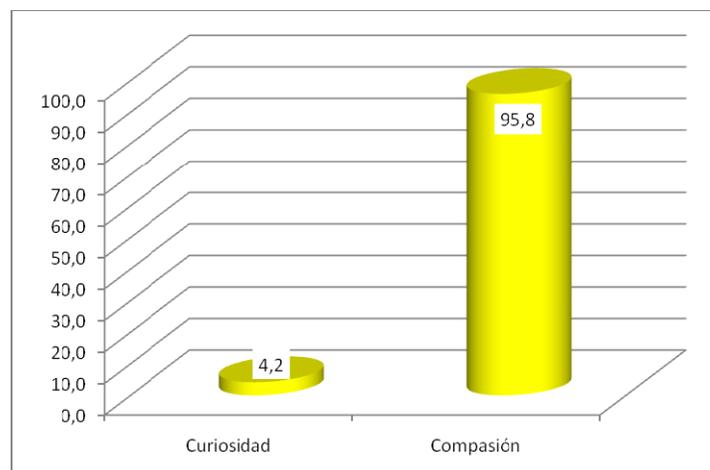
Esta respuesta representativamente mayoritaria tiene sus cimientos en que aún persiste temor en los vecinos, pese a la información entregada a alguna parte de la población sobre los pacientes psiquiátricos de este Hogar y que el ideario colectivo sobre las enfermedades mentales tiene peso en las personas que residen en el sector de la Unidad vecinal 17 de la población Juan Antonio Ríos.

Por último, un 20,8% de las personas encuestadas correspondiente a 5 de ellas, opina que los pacientes del hogar son impredecibles, debido a la desconfianza y temor a como estos reaccionan. Dicha respuesta es representativa de un porcentaje que no ha sido informado aún de los pacientes y del Hogar.

Además, para este estudio es relevante que los encuestados, reconozcan mediante una percepción inmediata como son las sensaciones, el cómo se relacionan y que actitudes toman frente a los pacientes psiquiátricos y en que se fundamentan, confiando en la veracidad de sus respuestas, como se muestra en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 6

Sensación y percepción sobre el Paciente Psiquiátrico



Fuente: Investigación directa

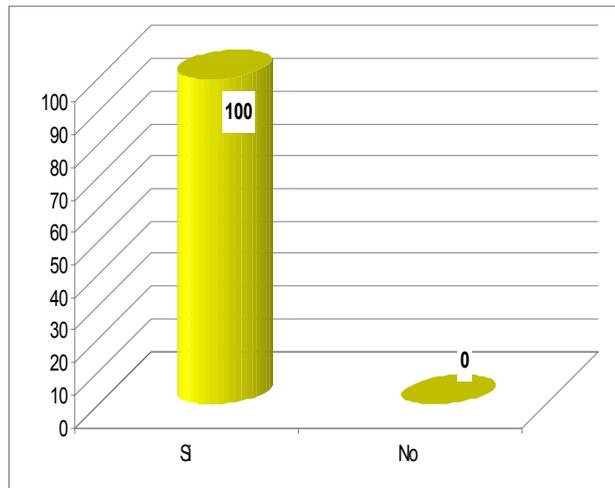
Específicamente en esta pregunta, según lo contestado por los encuestados, no existen personas que sientan indiferencia, identificación, temor o rechazo frente a los pacientes del Hogar, sin embargo, es ratificado que tales categorías, como el temor si están presentes en los vecinos representantes de organizaciones sociales del barrio en las respuestas de la pregunta N°22 anterior (¿qué piensa usted sobre los pacientes psiquiátricos del Hogar N°5?), donde un 75% (18 encuestados) opinan que son impredecibles o extraños, pero que a pesar de esta desconfianza hacia ellos, en su mayoría (95,8% correspondiente a 23 encuestados) señalan sentir compasión por los pacientes.

Mientras que 1 persona correspondiente al 4,2% de los encuestados, señala que siente curiosidad por los residentes del Hogar. Esta persona reconoce tener un cierto distanciamiento con los pacientes por temor hacia ellos.

También la percepción sobre la educación adquirida por los pacientes es importante de considerar, y cómo los estudios influyen en la reinserción y rehabilitación de pacientes psiquiátricos, ya que podrán acceder a mejores oportunidades laborales que les permitan activarse socialmente y vincularse con su medio.

Gráfico N° 7

**Percepción de la influencia del nivel educacional de los Pacientes
Psiquiátricos en la reinserción social**



Fuente: Investigación directa

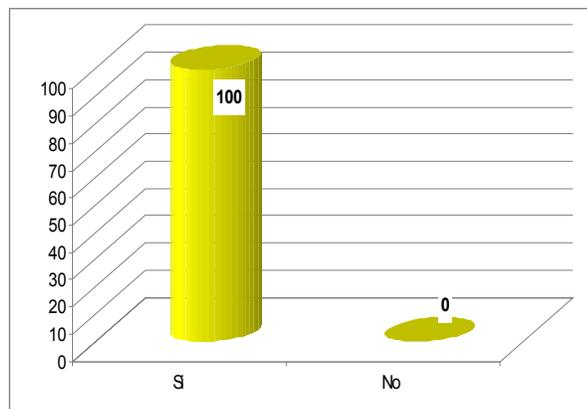
El 100% de los representantes de las organizaciones sociales mencionan que los estudios que los pacientes puedan haber cursado, es una herramienta para contribuir con su reinserción y rehabilitación social. Es por esta razón que se hace necesario potenciar esta área en el marco de las capacitaciones laborales y la nivelación de estudios de los residentes del Hogar N° 5, favoreciendo espacios en que puedan potenciar sus capacidades intelectuales.

Cabe destacar que una gran cantidad de los residentes del Hogar N° 5, no han terminado sus estudios, por lo que se hace necesario potenciar esta área y activar alguna red que otorgue oportunidad de nivelación de estudios, considerando esto como un factor importante para que la reinserción social sea efectiva. La nivelación de estudios se hace relevante considerarla desde los inicios de la intervención y de la implementación del proyecto, proponiéndola como uno de los aspectos a considerar dentro del enfoque inclusivo e integrador que propone el proyecto.

Hoy en día nuestra sociedad, proporciona escasa cabida a las personas que sufren alguna discapacidad mental, lo que obstaculiza la activación y movilización de los pacientes. Es por esto que la siguiente pregunta indaga en cuánto influyen las ofertas laborales para la efectiva reinserción social.

Gráfico N° 8

Percepción de la influencia de ofertas laborales hacia los Pacientes Psiquiátricos como medio de reinserción social



Fuente: Investigación directa

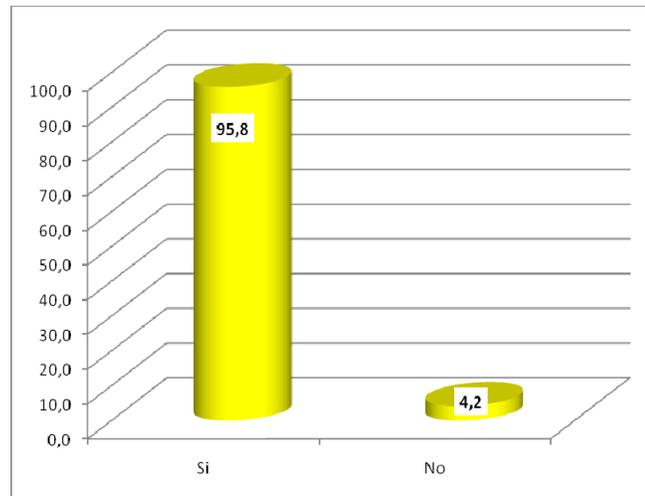
El 100% de los representantes de las organizaciones sociales, mencionan que el trabajo es una forma de reinserción social para los pacientes psiquiátricos, por tanto se hace necesario potenciar esta área de manera que los pacientes que se encuentren en condiciones de insertarse en talleres de capacitación laboral, tengan la oportunidad de acceder a estas redes.

Cabe destacar que desde las organizaciones sociales existe la disposición por integrar a los residentes del Hogar N° 5 a las actividades que se realizan al interior de la comunidad, considerando esto como una fuente de recursos para activar las capacidades y habilidades de los residentes, haciéndolos partícipes y protagonistas de su proceso de rehabilitación y reinserción.

Los Hogares Protegidos, insertos en una comunidad brindan a sus residentes un ambiente que se asemeja a una casa común, cuyo espacio promueve la reinserción social y la activación de las personas que residen en ellos. Para esto el siguiente gráfico muestra según la comunidad la efectividad de este hogar.

Gráfico N° 9

**Opinión sobre efectividad de Hogares Protegidos dispuestos en la
comunidad como medio de reinserción social de Pacientes
Psiquiátricos**



Fuente: Investigación directa

Respecto a los hogares protegidos como una medida efectiva de rehabilitación y reinserción social para los pacientes psiquiátricos, un 95,8% de los representantes de las organizaciones sociales encuestadas, opinan que se constituye en una verdadera oportunidad de apoyo para una reintegración de los pacientes psiquiátricos que residen en él.

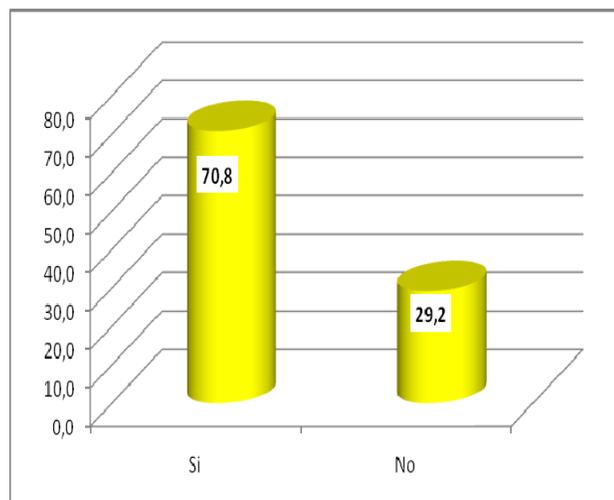
Cabe mencionar, que para la efectividad de los hogares protegidos la comunidad es fundamental, ya que el vínculo social con esta permite conformar en el ámbito relacional una red de apoyo para los pacientes psiquiátricos, en este caso particular del Hogar que carecen de todo tipo de redes.

Sin embargo, un bajo 4,2% correspondiente a 1 persona, opina que no es una medida efectiva para realizar una verdadera rehabilitación y reinserción social, expone porque no ha visto cambios sustantivos en el desarrollo de los pacientes residentes del único hogar protegido que conoce, el Hogar N° 5. Esto refleja que la comunidad tiene una perspectiva positiva de lo que es un hogar protegido, sus funciones y avances para los pacientes que allí residen.

Uno de los objetivos de los hogares protegidos es mejorar la calidad de vida de sus residentes, otorgando un espacio que sea apropiado para su recuperación y rehabilitación. En este espacio se apuesta por las capacidades y habilidades de los pacientes del Hogar N° 5, siendo una instancia distinta a la institucionalización, que se asemejaría a una casa común. A continuación se muestra la aceptación del Hogar Protegido en la comunidad.

Gráfico N° 10

Percepción sobre el Hogar Protegido como medio que propicia bienestar integral para los Pacientes Psiquiátricos



Fuente: Investigación directa

Es en este contexto que un 70,8% de los representantes sociales entrevistados considera que el hogar protegido cumple o proporciona las condiciones necesarias para el bienestar de los pacientes del Hogar N° 5, puesto que se satisfacen las necesidades básicas de los residentes, Además, se considera que los pacientes al interior de este hogar están siendo protegidos, cubriendo necesidades vitales para la sobrevivencia.

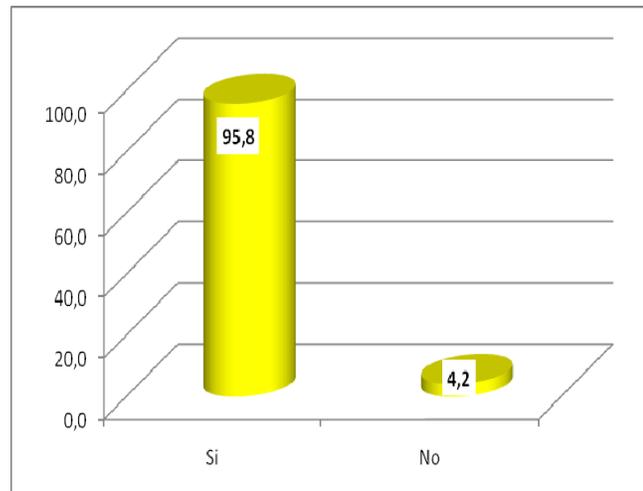
El 29,2% de los entrevistados mencionan que este Hogar Protegido no aseguraría el bienestar integral de los pacientes, cuya apreciación puede deberse a un desconocimiento de las funciones del hogar, al rol que cumplen los funcionarios a cargo de esta instancia y el trabajo en general que se realiza al interior de estos lugares de protección.

Es por esto que se considera de importancia difundir de manera más activa las funciones que cumple este hogar protegido a la comunidad, siendo uno de los factores importantes a considerar para lograr una verdadera reinserción social y la activación de los residentes del Hogar N° 5.

La reinserción social que propone el Proyecto “Juntos Construimos un sueño”, promueve la participación, interacción y organización de los pacientes psiquiátricos del Hogar N° 5 con la comunidad. En razón de aquello se percibe al paciente psiquiátrico como sujeto de derechos, siendo un actor activo de su proceso de rehabilitación, lo cual se muestra en el siguiente nivel de interacción con la comunidad.

Gráfico N° 11

**Percepción sobre la interacción con la comunidad y el bienestar de los
Pacientes Psiquiátricos**



Fuente: Investigación directa

En función a lo anteriormente mencionado, el 95,8% de los entrevistados mencionan que la interacción con la comunidad que podrían tener los pacientes del Hogar N° 5 favorecería a su reinserción social. Siendo una arista importante a destacar que los representantes de las organizaciones sociales se encuentran abiertos a incluir a los residentes del hogar a sus actividades comunitarias.

Un 4,2% de los entrevistados mencionan lo contrario que se puede deber al estigma existente hacia las personas con discapacidad mental, y a los prejuicios y mitos infundados socialmente sobre los pacientes psiquiátricos.

Para este estudio fue relevante el aporte de los vecinos y dirigentes comunitarios al expresar su percepción sobre la reinserción de los pacientes psiquiátricos del Hogar N° 5 en el sector de la Población Juan Antonio Ríos.

Además mediante el análisis de la información proporcionada por los entrevistados, se puede comprender la situación actual de los pacientes psiquiátricos, quienes en un principio estuvieron expuestos a prejuicios y discriminación cuando no existió información disponible en el barrio.

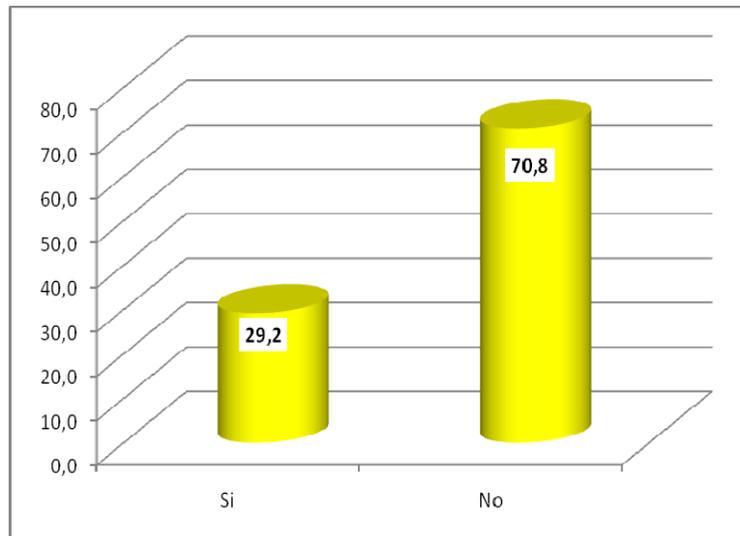
Hoy día existen débiles canales comunicativos que incentiven la relación entre el Hogar y las diferentes organizaciones comunitarias, una de las más importantes de ellas corresponde a la junta de vecinos, pero no posee herramientas suficientes para poder integrar realmente a los residentes como vecinos.

Pero el panorama general responde a una comunidad que mediante la información proporcionada, tiende a incluir a los pacientes psiquiátricos a pesar de los mitos sociales respecto de estas personas, pero que a su vez no tiene un lazo constante de trabajo mancomunado con los pacientes, un compromiso en pos de la integración y la unidad del barrio.

Las actividades que realiza la comunidad, o las distintas organizaciones sociales comunitarias del sector, tienen incidencia directa en el proceso de reinserción de los pacientes psiquiátricos. Es por ello que la pregunta anterior indaga en el conocimiento y percepción de estos actores locales en relación a las instancias comunitarias. Lo anterior se refleja en el gráfico adjunto:

Gráfico N° 12

**Percepción sobre coordinación de actividades comunitarias con los
Pacientes Psiquiátricos**



Fuente: Investigación directa

Para los representantes comunitarios es trascendental la participación y organización en la comunidad, sin embargo, un 29,2% (7 representantes) opinan que sí existe coordinación con los pacientes del Hogar N° 5 para que participen en las actividades comunitarias para todos los vecinos del sector, haciendo referencia principalmente este porcentaje a la existencia de un trabajo anual que realiza el Proyecto “Juntos Construimos un Sueño” con escuelas de Trabajo Social y Psicología.

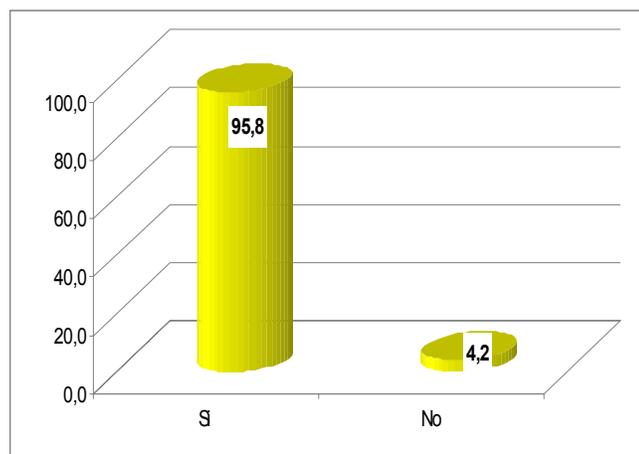
Por otra parte, un 70,8% (correspondiente a 17 representantes) afirma que no existe coordinación aún de estas actividades, atribuyendo sus respuestas a las propias organizaciones a las que ellos representan porque no conocen de la existencia del trabajo anual que realiza el Proyecto “Juntos Construimos Un Sueño” con alumnas en práctica de distintas escuelas.

Por otro lado es importante señalar que el lugar donde se emplaza el Hogar Protegido N° 5, se hace relevante en términos de condiciones geográficas para llevar a cabo e implementar el proyecto “Juntos Construimos un Sueño”, es por lo anteriormente mencionado, que se hace necesario evaluar y

observar si el contexto más cercano de los pacientes entrega las condiciones para que se desarrolle adecuada y favorablemente la reinserción social y rehabilitación de los residentes del hogar. Es necesario plantearse en este estudio si el entorno geográfico incide en este proceso integrativo, favoreciéndolo u obstaculizándolo mostrando los siguientes porcentajes:

Gráfico N° 13

Percepción sobre el barrio como medio propicio para la reinserción social de los Pacientes Psiquiátricos



Fuente: Investigación directa

El 98,5 de los representantes de las organizaciones sociales señalan que el lugar donde se emplaza el Hogar Protegido es un medio propicio para la reinserción social propuesta por el proyecto, siendo este un barrio antiguo, con viviendas amplias que propician la interacción con los vecinos, por sus características de construcción, con personas y vecinos que habitan en el lugar hace unos años, con construcciones e historias culturales que propician el sentido de pertenencia y el re-encantamiento con la comunidad, entre los vecinos, en pro de la activación del tejido social.

Un 4,2% de los representantes de las organizaciones sociales mencionan que el lugar donde se emplaza el hogar protegido no es el medio más propicio para una efectiva reinserción social propuesta por el proyecto, que se debería a que existen escasos lugares de encuentros habilitados para que integrantes de la comunidad y pacientes se reúnan y se integren en las actividades que se organizan al interior de las organizaciones.

Otro factor importante es la lejanía en la que se encuentra la sede principal de la junta de vecinos del hogar protegido, lo que también se visualiza como un obstáculo relevante para que la participación de los residentes sea activa, ya que por algunas de las discapacidades físicas, es dificultoso el traslado hacia la sede principal de la junta vecinal.

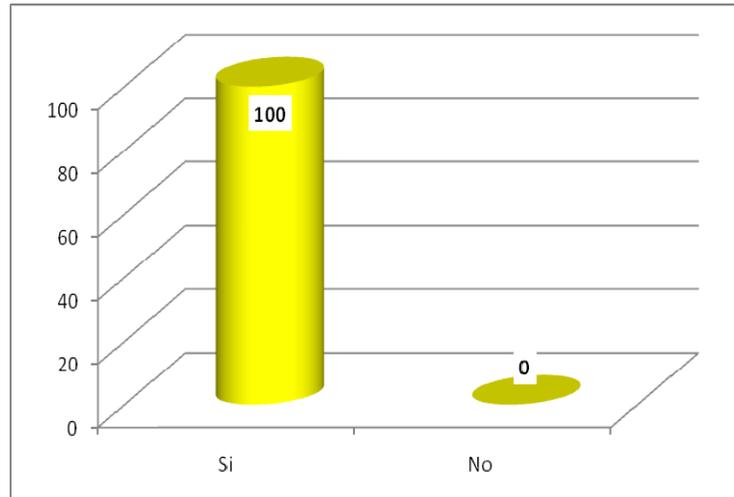
Esta organización y participación de los pacientes psiquiátricos es un factor importante a considerar para lograr la reinserción y rehabilitación que el proyecto “Juntos Construimos un Sueño” propone.

En este estudio se han propuesto algunos de los lineamientos de la Anti-psiquiatría que facilitan y favorecen la integración de los pacientes del Hogar N° 5 en la comunidad y en especial con las organizaciones sociales. Estos elementos serían la participación y organización activa de los pacientes tanto al interior del hogar como con la comunidad.

Es por esta razón que se hace énfasis en estos conceptos y se intenta conocer la percepción de los representantes de las organizaciones sociales en relación a estos dos lineamientos anti-psiquiátricos, lo que es medible mediante el gráfico que se presenta a continuación:

Gráfico N° 14

Percepción sobre rehabilitación y reinserción social de Pacientes Psiquiátricos mediante el vínculo con dirigentes comunitarios



Fuente: Investigación directa

En razón de lo anterior es que 100% de los entrevistados mencionan que es considerable que esta organización y participación se instaure efectivamente al interior del hogar protegido y en la comunidad como tal. Siendo este porcentaje altamente destacable, ya que indica que existe disposición y aceptación de los dirigentes de las organizaciones por hacer partícipes a los pacientes de sus actividades, junto con ello es necesario enfatizar la organización y participación interhogar para que como grupo puedan activarse y lograr una participación protagónica en la red local.

Cabe mencionar que los lineamientos anti-psiquiátricos mencionados, se proponen en el presente estudio, con el objetivo de complementar el enfoque de psiquiatría comunitaria que se implementa en el proyecto, sin el afán de erradicar las prácticas tradicionales, sino visualizando estos lineamientos

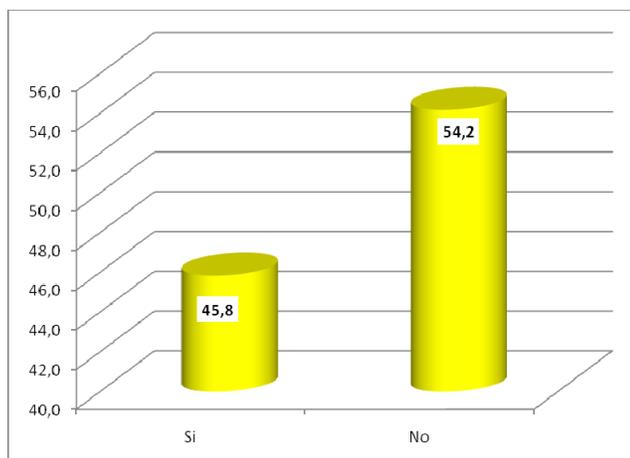
anti-psiquiátricos como un recurso que enriquecería el enfoque del Proyecto “Juntos construimos un Sueño”.

2. Nivel de Información

Para investigar respecto del nivel de información que poseen los dirigentes de organizaciones sociales sobre los pacientes psiquiátricos se indagó respecto a la reinserción social de pacientes psiquiátricos que hayan estado internados dentro de un sistema hospitalario, como es el caso de los residentes, entendemos que su realidad de salud mental debe ser comprendida y de conocimiento para la población que los recibe, más aún de los principales actores sociales del vecindario local ya que el mantenimiento de vínculos y/o creación de ellos, permitirá posibles redes de apoyo para el Hogar que facilite la aceptación e integración.

Gráfico N° 15

Conocimiento sobre las enfermedades mentales de los Pacientes Psiquiátricos



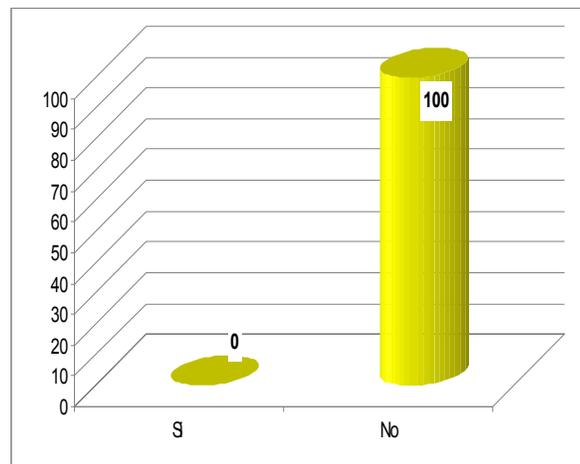
Fuente: Investigación directa

En razón de las enfermedades que padecen los residentes del Hogar, éstas no son de conocimiento general, ya que un 54,2% de los representantes encuestados dice no conocerlas ni tener información sobre ellas. Sin embargo, un 45,8% que conforma un número no menor dice sí manejar un nivel mínimo de información sobre las enfermedades y discapacidades psíquicas que afectan a los residentes del hogar. Dichos porcentajes reflejan que existe una población informada pero que se conforma en un grupo minoritario, dejando en claro que se ha cumplido con informar pero aún queda una tarea pendiente para proseguir con el trabajo en el sector de la Población Juan Antonio Ríos respecto del Hogar Protegido N° 5.

Así mismo las redes laborales que podrían considerarse como una oportunidad para los pacientes psiquiátricos, dentro del marco de la capacitación laboral o la inserción en este ámbito, se consideran escasas y poco difundidas, considerando este aspecto relevante cuando hablamos de reinserción social y de activación de los residentes.

Gráfico N° 16

Conocimiento de lugares o alternativas de trabajo para los Pacientes Psiquiátricos



Fuente: Investigación directa

Existen espacios o instancias en el Instituto Psiquiátrico Hortwitz Barak, que ofrece a los pacientes capacitarse en distintas áreas, ya sea en gasfitería, comercio informal, etc., mediante talleres de formación, con un enfoque que refuerza las habilidades y capacidades de los residentes. Estas instancias existen dentro del hospital, algunos de los pacientes que participan de ellas, por ejemplo en talleres de gastronomía, se preparan para vender sus alimentos en las afueras del hospital, lo que proporciona una fuente de ingresos, reforzando con ellos la capacidad de resiliencia y so sobrellevar la enfermedad psiquiátrica en pro de su rehabilitación.

Esta información se extrajo en las entrevistas realizadas a los profesional o equipo tratante del Proyecto, por lo que estas instancias de inclusión no son totalmente socializadas y conocidas por la comunidad, Además, cabe destacar que son espacios y redes que se generan al interior del sistema hospitalario, desconocidas por los vecinos y por las redes externas.

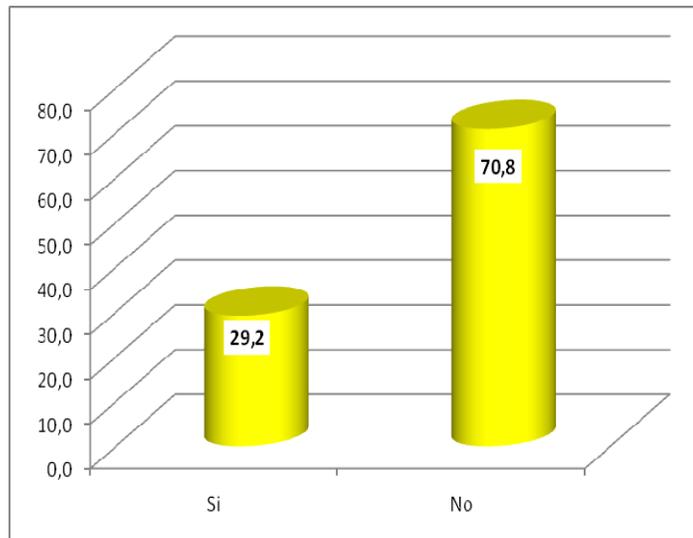
En razón de las instancias de trabajo formales, que podrían ser inclusivas para los pacientes psiquiátricos del Hogar N° 5, y difundidas en el ámbito laboral, el 100% de los representantes de las organizaciones sociales, mencionan que desconocen instancias laborales a lo cuales se integren a los pacientes psiquiátricos.

Desde esta premisa es que se hace necesario difundir las características y las funciones del Hogar Protegido, las características de los sujetos de atención, es decir de los pacientes, de su situación actual, considerando que son pacientes que están siendo evaluados y supervisados constantemente por un médico psiquiatra, están estabilizados y dentro de su enfermedad existe un control sistemático y completo.

En cuanto a la organización intra- hogar, se puede considerar las funciones que cada uno de los pacientes tiene al interior de éste, las cuales son asignadas de acuerdo a su proceso de rehabilitación y capacidad física. En razón de lo anterior, se indagó respecto al conocimiento de los actores sociales comunitarios acerca de la organización y funcionamiento del Hogar protegido.

Gráfico N° 17

Conocimiento sobre formas de organización intra-hogar



Fuente: Investigación directa

Respecto de la organización interna en el Hogar, se les preguntó a los encuestados si estos conocen cual es el modo de distribución de tareas dentro del Hogar, un 29,2% correspondiente a 7 personas, opinan que si las conocen, lo que se contradice con la pregunta N° 20, ¿usted conoce algún tipo de obligación que tengan los pacientes psiquiátricos del Hogar N°5?, donde un 100% de las personas señala no tener información sobre el tema.

Dicho contraste de porcentajes, deviene de la idea que los encuestados, por ejemplo, saben que determinados pacientes salen a realizar compras, porque los ven caminar por el barrio o en los almacenes, o hacer los ante-jardines del hogar, por lo que especulan, según sus propias versiones, que sí pudiese existir una distribución interna de tareas, pero no conocen específicamente como están determinadas las reglas dentro del hogar, en cuanto a las obligaciones si es que existiesen por parte del Proyecto u Hospital.

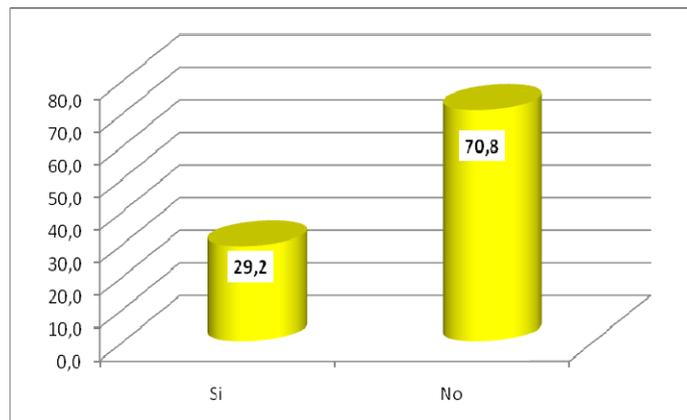
Por esta razón un 70,8% dice no conocer las formas de organización interna del hogar, siendo un porcentaje muy alto, contra un 29,2% que no tiene certeza pero especula que se realiza la organización de cierta forma.

En cuanto a la percepción de los encuestados sobre las formas de organización estos opinan que incide en la rehabilitación y reinserción social de los residentes del Hogar, atribuyen mayoritariamente que el “quehacer”, sea cual sea este dentro o fuera del hogar, es un importante “distractor” para las personas, más aún cuando pasan todo el día encerrados dentro de un hogar. Argumentan que para cualquier persona es necesario tener labores como forma de activación.

Es por esto que la integración de los pacientes con la comunidad es completamente necesaria para su proceso de rehabilitación. Es por ello que se considera indagar en el conocimiento de los actores comunitarios respecto a la participación de los residentes en las actividades del vecindario local.

Gráfico N° 18

Conocimiento sobre la integración de Pacientes Psiquiátricos en la comunidad



Fuente: Investigación directa

Respecto a la pregunta señalada, el 29,2% de los entrevistados mencionan que si existen o se han dado espacios donde se abarcan temas relacionados con la comunidad y de ellos han sido partícipes los pacientes del Hogar N° 5.

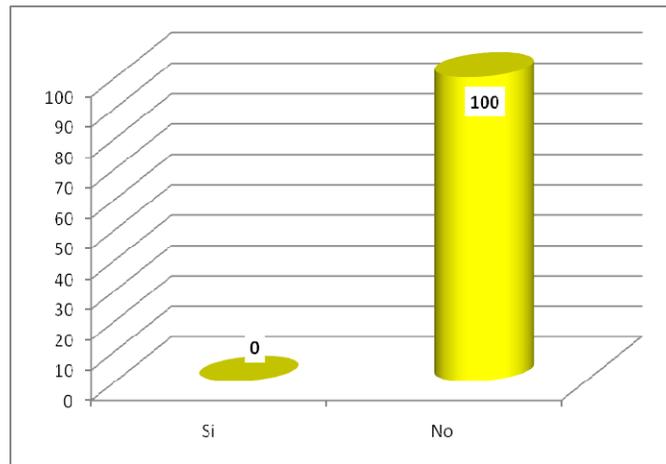
Entre estas instancias se pueden mencionar actividades navideñas que se han realizado en conjunto con los residentes del Hogar, actividades recreativas, charlas informativas a la comunidad que se han realizado desde el equipo profesional del proyecto “Juntos Construimos un Sueño”, con el objeto de informar sobre las características del hogar protegido y de los pacientes que residen en él. Además, se han dado instancias en que los pacientes se han integrado a actividades recreativas y deportivas, talleres municipales, entre otras.

Un 70,8% de los entrevistados mencionan no tener conocimiento sobre instancias en las cuales se hayan integrado a los pacientes psiquiátricos a actividades relacionadas con la comunidad. Esto se debería a que existe escasa difusión del hogar protegido y de sus pacientes, en cuanto a las funciones y características de sus residentes. Lo que hace alusión a proponer una mayor difusión del hogar, reforzando el trabajo comunitario y la participación de los pacientes en las organizaciones sociales del sector, siendo una tarea a considerar para el Proyecto “Juntos Construimos un Sueño”.

Las instancias comunitarias donde se integre a pacientes psiquiátricos, son un factor a considerar para el proceso de rehabilitación y reinserción de los residentes, ya que promueven su activación física y mental. Por lo anterior, se indagó en la existencia de estas iniciativas.

Gráfico N° 19

Conocimiento de actividades comunitarias que integre a Pacientes Psiquiátricos



Fuente: Investigación directa

Respecto a que si los encuestados tienen conocimiento de instancias comunitarias donde se integre a los residentes del Hogar N°5, una unanimidad contesta que no tiene conocimiento sobre el tema, Excepto las que se han realizado en el entorno más inmediato. 24 encuestados, que señalan que hacen falta este tipo de iniciativas para una integración de los pacientes en su barrio y en sus organizaciones locales, para validarles como personas y como vecinos.

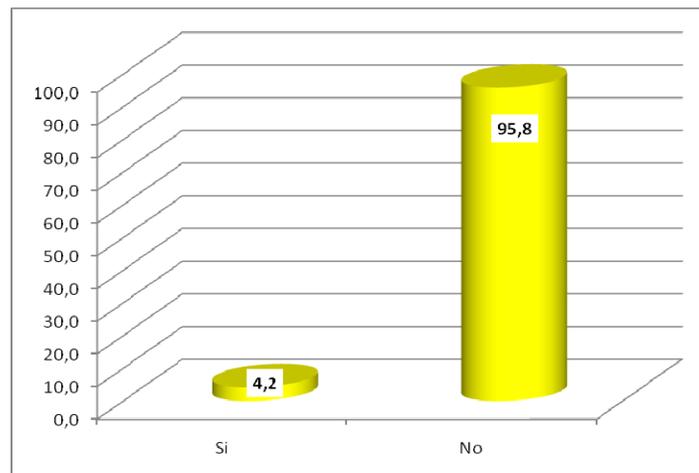
3. Actitudes

Para indagar respecto a las actitudes que poseen los dirigentes de organizaciones sociales, se puede abordar este concepto mediante las siguientes áreas abordadas:

De acuerdo a investigaciones preliminares sobre este mismo hogar, se ha podido detectar que existió en algún momento organización para agredir físicamente a los pacientes del Hogar N°5, producto de la desinformación

existente en el barrio. Es por lo anterior señalado que se indagó respecto a este tipo de situaciones:

Gráfico N° 20
Comportamiento frente a agresiones físicas hacia los Pacientes Psiquiátricos



Fuente: Investigación directa

La relevancia de conocer este comportamiento de los vecinos radica en visualizar la postura de ellos respecto de las agresiones físicas contra estas personas.

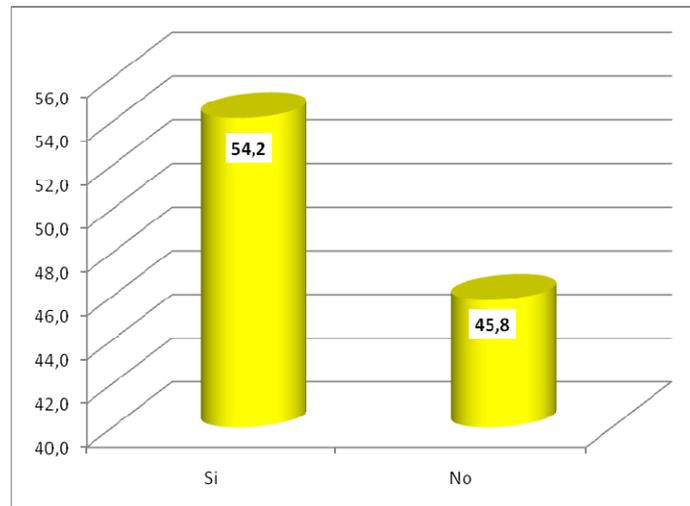
Un 4,2% (1 persona) señala que avala este tipo de agresión, siempre y cuando el paciente sea una amenaza para la integridad física de él mismo, añade que la agresividad se debe al peligro de los pacientes psiquiátricos cuando estos se descompensan, representando una amenaza constante para la población.

Por otro lado un 95,8% señala que no avalan las agresiones físicas contra los pacientes, sin embargo cabe preguntarse si estas personas reaccionarían de igual forma no teniendo la información de que estas personas son pacientes

psiquiátricos y se encuentran enfermos.

Gráfico N° 21

Comportamiento frente a agresiones verbales hacia Pacientes Psiquiátricos



Fuente: Investigación directa

Pese a que las agresiones verbales, son indudablemente violentas, un 54,2% señala que sí las acepta, argumentando que se trata de una agresión distinta sin recurrir a la fuerza, pero que igualmente utilizarían.

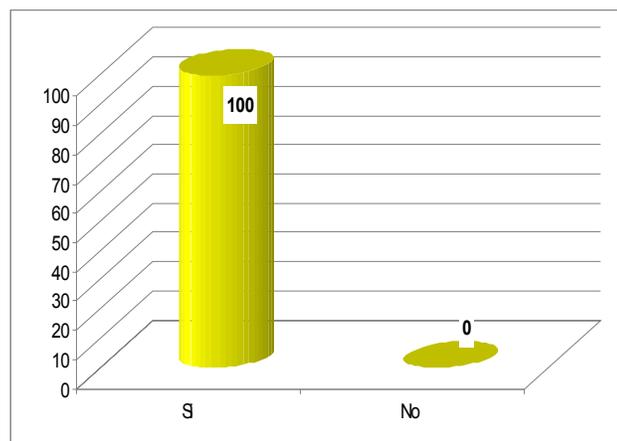
Este dato revela que aún persiste temor en los vecinos por la descompensación que pudiesen sufrir los pacientes estando en convivencia con los vecinos, y que falta trabajo informativo en la población.

Mientras que un 45,8% opina que no es necesario utilizar este tipo de agresiones contra los pacientes psiquiátricos, debido a la pasividad y tranquilidad que demuestran conviviendo en el barrio local.

Se hace relevante en este contexto de reinserción social destacar la importancia que tiene para los pacientes la activación de las redes laborales de éstos, considerando esta instancia como una oportunidad de inclusión en otras áreas que propiciarían el desarrollo personal y social de los pacientes.

Gráfico N° 22

Actitud frente al ofrecimiento de ofertas laborales a Pacientes Psiquiátricos



Fuente: Investigación directa

En razón de lo anterior es que en este estudio se hace necesario rescatar la percepción de los representantes, en relación a la disposición de ellos como actores sociales, que facilitarían esta inserción al ámbito de capacitaciones laborales, los cuales disponen de redes de apoyo que podrían estar abiertas para la inclusión de los residentes en las diferentes actividades o instancias que se dan en la comunidad.

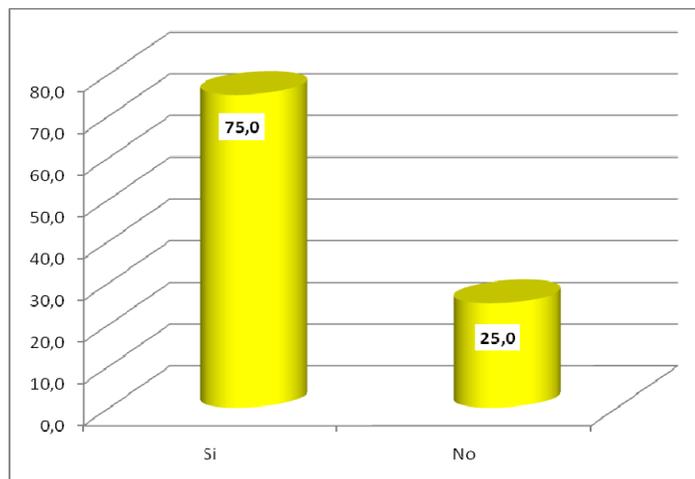
Es importante destacar que el 100% de los entrevistados mencionan estar dispuestos a proporcionar un trabajo a algunos de los residentes, o una instancia para que puedan incluirse en las actividades a realizar, siendo esto

un factor importante si consideramos que en este sector principalmente la estigmatización y discriminación por parte del vecindario local no se acentúa mayormente, lo que favorece indiscutiblemente al proceso de reinserción social que propone el proyecto.

Dentro del análisis objetivo y fidedigno de la realidad, en que se constituye el análisis cuantitativo, sobre si los vecinos representantes de las organizaciones sociales comunitarias encuestadas tendrían como vecino a un paciente psiquiátrico que haya estado internado, éstos poseen opiniones diferidas respecto de la recepción en el barrio hacia un paciente psiquiátrico que haya estado internado en un establecimiento hospitalario.

Grafico N° 23

Aceptación del Paciente Psiquiátrico como vecino



Fuente: Investigación directa

Claramente se puede visualizar una mayoría conformada por el 75% de personas encuestadas (18 representantes de un total de 24), quienes dicen apoyar la idea de tener como vecino a un paciente psiquiátrico, mientras que

un 25% (6 representantes) reflejan rechazo en sus respuestas frente a esta realidad.

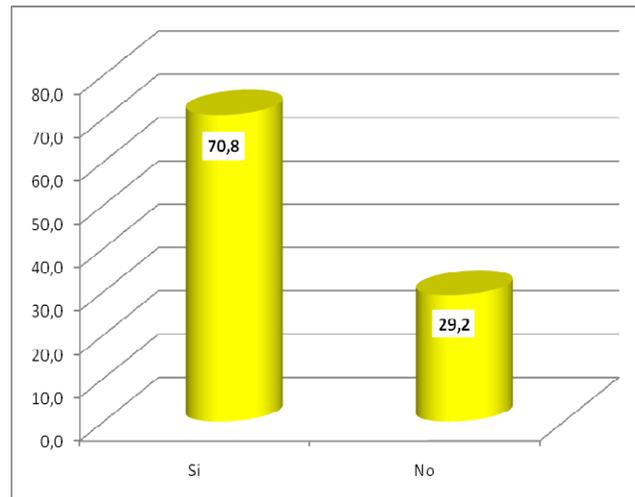
Cabe mencionar que la aceptación hacia los pacientes psiquiátricos del Hogar N° 5 para que puedan convivir normalmente en el vecindario local es difícil en cualquier medio donde estos se desenvuelvan, debido a la estigmatización y discriminación que los remite constantemente a ser un grupo marginal.

Pero dentro del barrio donde se ubica el Hogar N°5 los vecinos aceptan mayoritariamente la convivencia con los pacientes, aceptan la cualidad que tienen como personas de ser “vecinos”, pero dicha cualidad se remite a ser sólo de un lugar físico, por lo que el mismo barrio local debe fomentar y propiciar la participación de estos pacientes en el área local comunitaria, lo cual es escaso hasta este momento, por lo menos desde esta perspectiva se podrá insertar a los residentes en un ámbito local que los empodere y a la vez valide como vecinos.

Es de relevancia que los residentes del hogar dispongan de libertad para moverse en su entorno social, teniendo en cuenta que son pacientes compensados y medicamentados. Por esto se intenta indagar en las apreciaciones de los vecinos respecto al libre desplazamiento de los pacientes psiquiátricos por el vecindario local.

Gráfico N° 24

Acuerdo sobre libre desplazamiento sobre Paciente Psiquiátrico



Fuente: Investigación directa

Respecto a esto, un 70,8% de los representantes sociales encuestados menciona que sí acepta que los pacientes psiquiátricos transiten libremente por el barrio, lo que representa que la mayoría de estas personas admiten un cierto nivel de aceptación hacia los residentes del hogar.

Pero también existe un 29,2% que no acepta la idea que los pacientes psiquiátricos recorran el vecindario libremente, justificando su respuesta en el temor que les produciría las reacciones que pudiesen tener los pacientes.

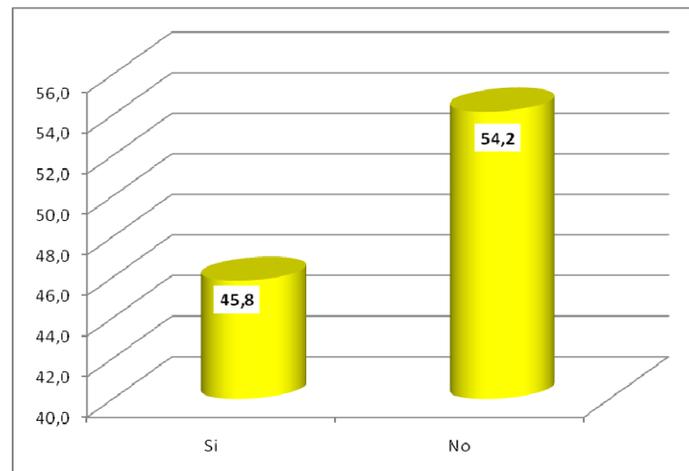
Este porcentaje de personas representa a los actores sociales que manejan baja información sobre el Hogar N°5 y sus residentes, reflejando sus inseguridades y desconocimiento sobre el tema a través del temor o rechazo hacia los pacientes psiquiátricos.

4. Participación

Para analizar el concepto de Participación de los pacientes del hogar con la comunidad, se considera importante dentro de la comunidad, la participación y organización con los vecinos en variadas actividades, pues finalmente es lo que conforma una verdadera colectividad.

Gráfico N° 25

Participación en reuniones informativas sobre Pacientes Psiquiátricos



Fuente: Investigación directa

Luego de dicha afirmación, uno de los resultados positivos visualizados en la comunidad del sector de la unidad vecinal Lautaro de la población Juan Antonio Ríos, luego de haber organizado una actividad con la comunidad sobre el Hogar N°5, fue la realización de una charla informativa para los vecinos que quisieran asistir a recibir información del Hogar N° 5 y sus enfermedades.

De dicha reunión para la comunidad, la participación de los representantes de las organizaciones comunitarias vecinas fue fundamental para difundir

hacia los vecinos la cita a esta actividad que organizó la Unidad de Psiquiatría Forense a la cual pertenece el Proyecto "Juntos Construimos un Sueño".

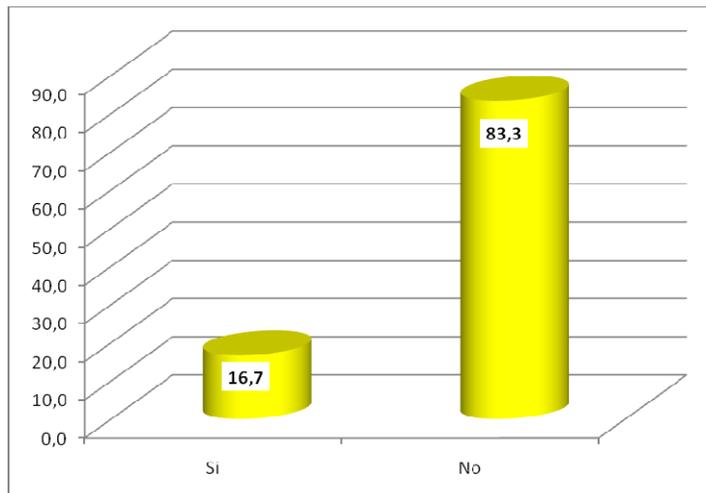
Para esta actividad, un 45,8% confirma que sí pudo participar de la reunión informativa sobre el Hogar Protegido N°5, mientras que un 54, 2% que conforman mayoría no asistieron a la reunión. Cabe mencionar que los porcentajes reflejan la desinformación que aún existe sobre los residentes del hogar en la población tras la charla informativa realizada.

La participación es fundamental para los pacientes psiquiátricos del Hogar N°5 debido a que sus redes de apoyo, principalmente familiares, son escasas. La comunidad entonces se conforma como una nueva posibilidad de integración mediante la instalación de Hogares Protegidos en distintos barrios.

Por esto es importante saber desde la contraparte si estos han participado alguna vez en actividades comunitarias con los pacientes del Hogar N°5 para conocer cual es el alcance real de la participación y vinculación con pacientes psiquiátricos.

Gráfico N° 26

Participación en actividades comunitarias con Pacientes Psiquiátricos



Fuente: Investigación directa

Un 16,7%, correspondiente a 4 personas, si ha participado en conjunto con los pacientes del Hogar N°5, señalan que ha sido en la charla informativa para los vecinos proporcionada por el Proyecto ejecutor y la Unidad de Psiquiatría Forense del Hospital psiquiátrico Horwitz Barak.

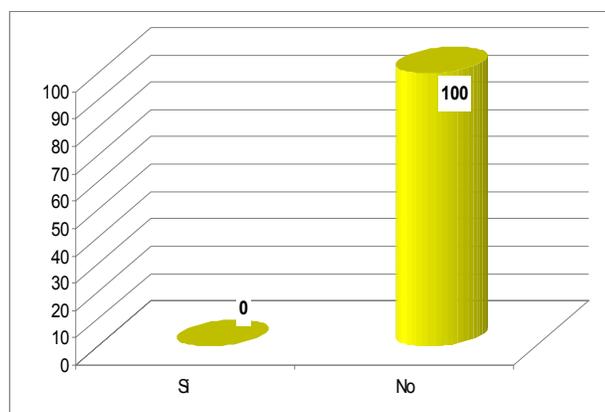
Mientras que la mayoría correspondiente a 20 personas, un 83,3% dice no haber participado con los pacientes de este hogar en ninguna actividad pero que se han ido enterando por los mismos vecinos asistentes a la charla informativa que los residentes del hogar son pacientes psiquiátricos y no delincuentes como se había creído en un principio.

Integrar a los pacientes del hogar en la planificación y programación de las instancias comunitarias, favorece a su activación mental y física. Para esto fue necesario indagar en cuan activa es su participación en la planificación de algunas de las actividades realizadas por la comunidad.

Gráfico N° 27

Integración en la planificación y programación de actividades

comunitarias a los Pacientes Psiquiátricos



Fuente: Investigación directa

En base a este porcentaje señalado el 100% de los entrevistados menciona que en las actividades realizadas no se ha considerado en la planificación de estas a los pacientes del Hogar N° 5, Sin embargo, sí han participado de ellas. Esta cifra señala que efectivamente los pacientes psiquiátricos participan de las actividades pero pasivamente, siendo espectadores de estas actividades. En este estudio se considera importante que los pacientes del Hogar N°5 pasen a pertenecer a los espacios de encuentro con la comunidad siendo parte de, y en conjunto sean planificadas las actividades a realizar, dándole a los residentes del hogar un rol protagónico en este proceso y no de meros espectadores de la realidad.

Lo anteriormente señalado se rescata de los lineamientos anti-psiquiátricos mencionados (participación y organización), siendo estos elementos complementarios con el enfoque del proyecto "Juntos Construimos un sueño", que practica la psiquiatría comunitaria. En el presente estudio, se proponen con el afán de enriquecer la intervención y la metodología del proyecto.

CONCLUSIONES

En la actualidad la discriminación y estigmatización hacia las personas con distintas características, configura a estos en minorías que se han mantenido a través del tiempo. Lo que es un obstaculizador para la integración e inserción de las personas excluidas, sea por su condición socio-económica, por opción sexual, por raza, por sexo, por rango etario, por discapacidades tanto físicas como mentales, entre otras.

En el presente estudio se intentó visualizar cómo las personas con discapacidades mentales son excluidas de la sociedad y de la comunidad en la que están insertos, siendo éste un obstáculo principal para la rehabilitación y reinserción social de los pacientes psiquiátricos.

Hoy en día para los pacientes psiquiátricos, los factores que inciden en la reinserción social son los que principalmente afectan su calidad de vida. Esto debido a la falta de iniciativas efectivas en políticas de salud mental en nuestro país para las personas con discapacidades mentales.

Para ellos resulta difícil convivir con su entorno social, sea éste un hospital o una determinada comunidad, debido a redes familiares ausentes y las enfermedades que los afectan, esto permite que la estadía de los pacientes sea compleja, más aún cuando existe una escasa vinculación y participación con redes comunitarias.

A continuación se presenta una síntesis donde se pretende plasmar a modo general, los resultados de los objetivos propuestos en este estudio, con el fin de medir el cumplimiento de los mismos en esta investigación.

Respecto del primer objetivo propuesto que apunta a visualizar cómo incide la percepción de los representantes sociales comunitarios y del equipo

clínico del Proyecto “Juntos Construimos un Sueño”, en la reinserción social de los pacientes psiquiátricos forenses del Hogar Protegido N° 5”, se puede concluir en la investigación que las percepciones sí influyen en la reinserción social de los pacientes psiquiátricos de este Hogar, ya que existen ideas a priori concebidas por el desconocimiento y falta de información hacia las personas con enfermedades mentales.

Respecto a la Hipótesis N° 1: “La percepción que tienen los diferentes representantes sociales comunitarios de la población Juan Antonio Ríos, sobre los pacientes psiquiátricos que residen en el Hogar N° 5, comuna de Independencia, tiende a discriminarlos y/o estigmatizarlos, situación que dificulta el proceso de reinserción y rehabilitación social que propicia este hogar”

Luego del instrumento aplicado a los representantes de las organizaciones sociales comunitarias del sector, se puede concluir que la hipótesis señalada anteriormente se probó parcialmente, ya que en el sector comprendido por la unidad vecinal N° 17 “Lautaro”, en la población Juan Antonio Ríos de la comuna de Independencia, la estigmatización y discriminación hacia los pacientes psiquiátricos forenses del Hogar N° 5, tuvo lugar dentro de los primeros años de la implementación del Proyecto, posteriormente se proporcionó información a la población respecto de quienes eran y que tipo de enfermedades les afectaban.

Gracias a esto en el vecindario local disminuyó el desconocimiento hacia el Hogar logrando una mayor aceptación hacia los residentes de él.

Si bien es cierto, la investigación realizada arroja que existe un bajo grado de estigmatización y discriminación de la comunidad hacia los pacientes del Hogar, se visualizó una baja participación de los pacientes en las actividades

comunitarias, sin embargo, se divisó una aceptación y disponibilidad de éstos a hacer partícipes a los pacientes en sus actividades comunitarias, lo que reflejó una percepción tolerante y abierta de los integrantes del vecindario local hacia los pacientes del Hogar Protegido.

Además, se concluye en el presente estudio que respecto de las organizaciones sociales comunitarias que tienden a tener actitudes estigmatizantes hacia los pacientes psiquiátricos del Hogar, corresponden a las organizaciones deportivas.

Las razones que ellos consideran importantes son algunas discapacidades físicas que los pacientes psiquiátricos de este hogar poseen, esto obstaculizaría, según sus opiniones, una efectiva participación en las actividades deportivas de distinta índole en la comunidad.

Sin embargo, las organizaciones de adultos mayores en el sector de la Unidad Vecinal N° 17 “Lautaro”, tienden en sus opiniones a aceptar e integrar con mayor facilidad a los pacientes del Hogar en sus actividades comunitarias, esto se debe a que las actividades que se realizan en sus organizaciones son mayoritariamente de tipo recreativas y de socialización, por lo tanto, no habría un impedimento mayor para integrarlos en estas instancias.

También se puede concluir de la **Hipótesis N° 2: “La Información que manejan los distintos representantes sociales comunitarios del sector de la población Juan Antonio Ríos acerca de los pacientes psiquiátricos que residen en el Hogar N° 5, es un obstáculo para su reinserción social en la comunidad, que se sustenta en mitos que la sociedad ha desarrollado a través del tiempo sobre ellos”**

Respecto a la hipótesis anterior, se señala que se probó parcialmente, debido a que la escasez de información que manejan los representantes de las organizaciones sociales acerca de los residentes del Hogar N°5, repercute en la integración de los pacientes en las actividades regulares de las organizaciones.

Esto se debe a que existe una percepción colectiva en el sector de que los pacientes psiquiátricos están físicamente discapacitados para participar en estas instancias, aludiendo a que tienen su movilidad reducida y un efecto tardío en las reacciones debiéndose a los psicofármacos que son administrados en el Hogar.

Por lo tanto, se puede establecer que la variada información que manejan los representantes sociales obstaculiza y a su vez favorece el proceso de rehabilitación y reinserción social de los pacientes, dependiendo de la difusión de información respecto al Hogar Protegido y sus residentes.

Además de la escasez de información de los representantes sobre la realidad de los pacientes y el Hogar Protegido existen ideas a priori que se fundamentan en los mitos que han persistido en el tiempo en la sociedad. Estos mitos corresponden a que las personas con enfermedades mentales suelen ser descontroladas, violentas e impredecibles en sus reacciones.

Por lo anteriormente señalado, es necesario que exista una educación permanente en torno a las enfermedades mentales y que se extienda de manera más continua y sistemática a las organizaciones sociales informales y formales del sector.

Ya que mediante la intensificación en la difusión de las características de los pacientes del Hogar Protegido y de la función que cumple éste, se tendrá un acceso más facilitador y expedito a las redes de apoyo del vecindario local, ya que estas se consideran las redes primarias para los pacientes en su

proceso de rehabilitación y reinserción social, debido a las escasas redes familiares visualizadas.

Las redes comunitarias en este estudio tienen una relevancia fundamental, es por esto que el Proyecto “Juntos Construimos un Sueño” aplica en los pacientes psiquiátricos forenses del Hogar N° 5, bases de la psiquiatría comunitaria, lo que permite su reinserción social con la comunidad.

Dentro de este enfoque se encuentra la vinculación con las redes más cercanas para los pacientes del Hogar, que en este caso corresponden a redes comunitarias debido a las escasas redes familiares.

Se puede corroborar entonces que las líneas de intervención que se aproximan a la psiquiatría comunitaria permiten una mayor integración, rehabilitación y reinserción social de los pacientes, ya que estos lineamientos que se trabajan en el Proyecto “Juntos Construimos Un Sueño” reactivan las habilidades sociales de los pacientes a fin de potenciar su rehabilitación y reintegración en los espacios comunitarios.

Cabe mencionar que la psiquiatría comunitaria concibe al paciente como un sujeto de derechos y deberes, protagonista de su proceso de rehabilitación y no como un receptor de tratamiento médico. Dicho protagonismo es más efectivo aún cuando el paciente se visualiza como un actor principal dentro de su comunidad.

Es por esto, que esta participación en las redes sociales de la comunidad configuraría al paciente como un actor promotor de su propio proceso de reinserción social, dejando en claro que la psiquiatría comunitaria sí propende a la reinserción e integración de los pacientes.

Junto con este trabajo con el paciente, se encuentra el trabajo con las redes (organizaciones sociales) que realiza el Proyecto ejecutor para propender a

una efectiva vinculación y apoyo para los pacientes, siendo esta, una parte fundamental al momento de recibir e integrar a los residentes del Hogar N°5.

Lo mencionado anteriormente se enmarca dentro de lo que se pretende alcanzar en el Proyecto, sin embargo, es importante contrastar el ideal esperado con la realidad de los pacientes del Hogar, ya que gracias al estudio realizado se puede deducir que existen aspectos a potenciar en el ámbito comunitario y psicosocial de los residentes.

Estos ámbitos señalados corresponden a un trabajo discontinuo con la comunidad y la escasez de recursos destinados al área de salud mental que se dispone en el sector, como insuficientes instancias de organización para los pacientes psiquiátricos y/o también la poca participación de los pacientes en actividades de organizaciones de otra índole.

Cabe mencionar también la escasez de financiamiento y recursos materiales destinados a solventar intervenciones desde este enfoque comunitario en el área de salud mental.

Respecto a lo anteriormente expuesto, la **Hipótesis número 3: “La implementación del Proyecto “Juntos Construimos un Sueño” se relaciona con algunos de los Lineamientos Sociales Anti-psiquiátricos, tales como organización y participación con la comunidad, que fortalecerían la rehabilitación y reinserción social de los pacientes psiquiátricos forenses del Hogar N° 5.”**

En relación a la hipótesis anteriormente mencionada se corrobora su veracidad, puesto que el enfoque de la psiquiatría comunitaria, utilizado actualmente en el Proyecto “Juntos Construimos un Sueño”, se aproxima a los Lineamientos Sociales de la Anti-psiquiatría, desde el paradigma donde el paciente es un sujeto de derechos y deberes, a la vez protagonista de su

proceso de rehabilitación, pasando del estado pasivo, al estado activo y participativo de éste.

Cabe destacar que ambos enfoques, (enfoque comunitario y lineamientos sociales anti-psiquiátricos), a pesar de tener esta aproximación mantienen visiones distintas respecto de la rehabilitación y reinserción de las personas con enfermedades mentales, puesto que la Anti-psiquiatría es un movimiento radical en su postura que intenta erradicar la psiquiatría y los biologicismos. Mientras que la Psiquiatría comunitaria explora en el ámbito médico y social a la misma vez.

Es por esto que en el presente estudio se plantearon estas dos miradas en forma complementarias y no con el fin de mermar las prácticas de la medicina tradicional, sino más bien potenciar y dar auge al área social de los pacientes psiquiátricos de los Hogares Protegidos, tal como lo plantean los lineamientos sociales anti-psiquiátricos, con el predominio de la organización y participación activa de los residentes del Hogar N°5 en su comunidad.

También en este estudio, se plantea un segundo objetivo general que tiene relación con lo anteriormente mencionado, y apunta a: “Analizar los Factores sociales de la Anti-psiquiatría que se relacionan con la Reinserción social de los pacientes psiquiátricos forenses del Hogar Protegido N° 5, pertenecientes a la población Juan Antonio Ríos, comuna de Independencia.”

Para dicho objetivo se concluye en esta investigación que dichos factores tienen una estrecha relación con la reinserción social de los pacientes psiquiátricos del Hogar, debido a que la organización y participación activa mantiene lazos más permanentes y continuos a través del tiempo con la comunidad y sus organizaciones.

Prosiguiendo con la corroboración y/o refutación, **la Hipótesis N°4: “Según el equipo clínico del Proyecto “Juntos Construimos un Sueño”, existen**

elementos que obstaculizan la comunicación entre los residentes del Hogar N°5 con la comunidad, perjudicando su proceso de rehabilitación y reinserción social”.

Respecto a la hipótesis señalada anteriormente se comprueba su veracidad, ya que los canales de comunicación poseen factores característicos como la baja difusión y promoción del Hogar Protegido y las enfermedades psiquiátricas y la baja motivación de la comunidad por hacer partícipe a los residentes.

Se concibe como canales comunicativos a los agentes comunitarios de las distintas organizaciones del sector, como también a los facilitadores de esta interacción con la comunidad, que corresponden a los funcionarios del Proyecto que realizan intervenciones sociales en el barrio, quienes son los principales promotores fortalecedores de la comunicación entre los residentes del Hogar con el vecindario local. También es importante destacar el protagonismo de los pacientes en este proceso.

Algunos de dichos canales comunicativos que aportarían a esta reinserción social de los pacientes no son permanentes, correspondiendo estos a los alumnos en práctica que implementa el Proyecto para potenciar el trabajo grupal- comunitario, ya que son instancias y actividades esporádicas que no tienen permanencia en el tiempo.

En razón de lo anterior, es necesario potenciar los canales comunicativos con la comunidad a través de un trabajo continuo que actualmente realizan los alumnos en práctica que se integran cada año al Proyecto. Sin embargo, es necesario que exista un nexo estable y continuo que propicie la vinculación entre los representantes de las organizaciones comunitarias del sector con los residentes, ya que existe la permanencia y disponibilidad de estos para su integración.

Una de las propuestas del presente estudio es que el nexo estable y continuo mencionado anteriormente, se base en tener funcionarios dentro del Proyecto, capacitados en el área socio-comunitaria, ya que estos son los que se encuentran permanentemente en el Hogar y poseen un acercamiento con la realidad del barrio y de los residentes.

Es por esto que es importante involucrar de una forma más activa a los funcionarios encargados del Hogar N°5, correspondiendo a auxiliares paramédicos y enfermeras, quienes también son un número reducido para llevar a cabo las funciones que abarca el Proyecto.

De este modo se hace necesario potenciar el área social para complementar las prácticas médicas dentro del Hogar. De esta forma se propone un enfoque social comunitario, desde los lineamientos anti-psiquiátricos: organización y participación activa, interna y externa, de los pacientes psiquiátricos del Hogar N° 5, en pro de fortalecer su rehabilitación y reinserción social.

Es en este sentido, se valida la psiquiatría comunitaria en la intervención realizada por los profesionales del Proyecto “Juntos Construimos un Sueño” por los avances visualizados en el Hogar Protegido N° 5 en el proceso de reinserción social de los residentes, sin embargo, se propone considerar los Lineamientos Sociales Anti-psiquiátricos que se vinculan con la organización y participación activa de los pacientes en la comunidad y en la red local, como principal propuesta de este estudio.

HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN

A partir del estudio realizado, surgieron una serie de elementos que permiten ser denominados hallazgos. Mediante la aproximación hacia la realidad de los pacientes psiquiátricos del Hogar Protegido N°5, se visualizaron los siguientes elementos:

1. La medicamentación en los pacientes psiquiátricos del Hogar N°5 se convierte en un obstáculo para su rehabilitación y reinserción social.

Esto se debe a que los psicofármacos administrados afectan directamente a su capacidad física-motora y reactiva, manteniéndolos compensados por efecto de los componentes de cada medicamento.

Cabe mencionar que según lo experimentado en el Hogar, la medicamentación proporcionada a algunos de los pacientes con determinadas enfermedades, se considera un impedimento importante para su integración en la comunidad, por ejemplo, en actividades deportivas realizadas por organizaciones sociales.

Es por esto que la intensión de este hallazgo, no es cuestionar la administración de los psicofármacos, ya que es sabido que los efectos de estos medicamentos tienden a mantener estabilizados a los pacientes del hogar, sino más bien, dar auge y explotar las habilidades sociales de los pacientes.

La organización y participación, tanto interna como externa, potencia las habilidades sociales de los pacientes, siendo este ámbito un punto importante a considerar en el proceso de rehabilitación y reinserción social de los residentes del Hogar N°5.

La organización interna visualizada al interior del Hogar Protegido, apunta a la distribución de roles y funciones en el aseo y ornato de la casa-hogar, también a la implicancia en la toma de decisiones en cuanto a las actividades en las que participan como grupo de pacientes, siendo estas principalmente actividades planificadas por alumnos en práctica (de Trabajo Social y Psicología), fiestas de cumpleaños, fiestas navideñas y varias celebraciones.

Esta organización y participación interna debe ser potenciada aún más de lo que se ha hecho hasta el momento en el Hogar Protegido ya que en la medida que los pacientes puedan socializar entre ellos mismos, podrán configurarse como un grupo sólido que puede interactuar con las otras agrupaciones externas de la comunidad.

En razón de lo anterior señalado se puede mencionar que otro hallazgo de esta investigación es:

2. La necesidad de que los residentes del Hogar N°5 se consoliden como grupo cohesionado de pacientes psiquiátricos.

Debido a esto, es relevante que el grupo de pacientes se empoderen como tales, a fin de potenciar su identidad grupal de personas con discapacidades mentales que poseen una historia de grupo en común.

Desde una mirada sociológica, se plantea que las personas pasan la mayor parte de sus vidas, viven y se relacionan en grupos. Con ello los miembros del grupo de este sistema cultural estarán vinculados por la conciencia de pertenencia y por un cierto sentimiento de “ser parte de”. A esto lo asemeja con cohesión grupal.

Respecto a lo anteriormente mencionado, se destaca la importancia de que el grupo de pacientes psiquiátricos del Hogar N° 5, logre su cohesión interna, lo que fortalecerá su integración en las redes comunitarias principalmente, por lo que es fundamental potenciar el trabajo grupal al interior del hogar protegido para realizar un óptimo trabajo de reinserción social.

Además, para esta integración de los pacientes psiquiátricos del Hogar a la comunidad se requiere también:

3. El trabajo discontinuo del Proyecto “Juntos Construimos un Sueño” con redes u organizaciones sociales del sector.

Este descubrimiento apunta a que el trabajo realizado con la comunidad del sector y sus organizaciones, no permite la integración total de los pacientes del Hogar, debido a que el trabajo comunitario a cargo de las alumnas en práctica que todos los años proporciona el Proyecto, no es permanente, producto del término de sus períodos académicos y al cese de las intervenciones con la vinculación de las organizaciones comunitarias produciendo una discontinuidad en el proceso llevado a cabo.

Por lo tanto, se hace necesario intensificar la vinculación con las organizaciones sociales comunitarias del sector, a modo de que estas se configuren como una red de apoyo definitiva y perdurable en el tiempo en pro de la rehabilitación y reinserción social de los pacientes psiquiátricos del Hogar Protegido N°5.

Esta relación de los pacientes con su entorno social más próximo, fortalece su rehabilitación y su integración en las redes sociales de apoyo. Este enfoque se aproxima a algunos de los lineamientos sociales de la Anti-psiquiatría con la organización y participación activa de los residentes en la comunidad, dando énfasis al contacto y relación directa de los pacientes con el contexto social más inmediato (organizaciones sociales comunitarias), lo que vendría a fortalecer la rehabilitación en conjunto con su reinserción social en el medio local.

Junto con esto también se considera importante mencionar otro de los descubrimientos de esta investigación, que dice relación con un ámbito más amplio del campo de las enfermedades mentales en nuestro país:

4. La escasez de políticas públicas efectivas en el ámbito de la Salud Mental.

Esto se debe principalmente a que, si bien existen políticas destinadas a la rehabilitación de los pacientes psiquiátricos, tal como lo contempla el Plan AUGE actualmente, son políticas insuficientes, que no satisfacen de manera integral las necesidades de las personas con enfermedades y discapacidades mentales.

Por lo mencionado anteriormente se considera de suma importancia ampliar la cobertura del Plan AUGE o actual Plan GES respecto de las enfermedades mentales, ya que sólo cubre las siguientes patologías, según el Ministerio de Salud (2009) las patologías son:

- Depresión en personas de 15 años y más
- Esquizofrenia
- Consumo perjudicial o dependencia al Alcohol y Drogas en menores de 20 años.

Las razones por las cuales se considera relevante ampliar la cobertura en salud mental, es primeramente porque el derecho a la salud es inalienable y el sistema actual excluye al resto de las patologías que no son recurrentes en nuestro país.

En Chile el Estado se configura actualmente con políticas subsidiarias que se enfocan en ciertos ámbitos, excluyendo otros que poseen la misma relevancia. Esta subsidiariedad genera que a ciertas áreas, como a la salud mental, sean destinados niveles insuficientes de recursos.

En razón de lo anterior, uno de los obstáculos para una efectiva intervención de las políticas y programas en salud mental, es la escasez de recursos destinados al Proyecto “Juntos Construimos un Sueño”, ya que en la realidad se visualizan carencias tanto en los recursos materiales como en los recursos humanos dispuestos para el Hogar Protegido N°5, siendo esto un factor importante para el proceso de rehabilitación y reinserción social en el Proyecto.

Finalmente, se puede concluir que los hallazgos encontrados dicen relación con la rehabilitación y reinserción social de los pacientes del Hogar N°5, como: los psicofármacos administrados a los residentes; la necesidad de que los pacientes del Hogar se consoliden como grupo cohesionado; además del inconstante trabajo con las redes sociales del sector y la incidencia de las insuficientes políticas públicas eficaces destinadas al ámbito de la salud mental en la intervención del Proyecto.

APORTES AL TRABAJO SOCIAL

Para la presente investigación es fundamental la integración de elementos propios del Trabajo Social, que aporten a considerar a la praxis como razón instrumental del quehacer profesional en este estudio.

El Trabajo Social es una disciplina profesional del área de las Ciencias Sociales, cuyo enfoque es transformar la realidad a través de la integración de nuevos conocimientos por medio de la praxis.

Desde este enfoque integrador es de donde se posiciona el presente estudio, específicamente en el Hogar Protegido N°5 de pacientes psiquiátricos de la población Juan Antonio Ríos de la comuna de Independencia y desde donde se considera que la historia de cada paciente es fundamental para entender los procesos personales por los cuales atraviesan, ya que son particularidades que conforman un todo.

La mayoría de los pacientes psiquiátricos han permanecido bajo un régimen institucionalizado, es aquí cuando el proceso de re-socialización se torna complejo debido a que esta inserción en los hogares protegidos incluye modificar y adaptarse a un nuevo sistema de vida.

Desde aquí, el desafío principal del Trabajador Social es confiar en las capacidades de las personas que residen en el Hogar Protegido para poder potenciarlos como actores principales de sus procesos de rehabilitación y de reinserción social.

Existe también otra arista importante de intervención para el Trabajo Social que es el entorno más cercano que recibe a los pacientes psiquiátricos.

Este enfoque desde lo psicosocial fortalece la mirada integral del paciente, desde potenciar las habilidades personales y sociales de cada residente hasta fortalecer los vínculos y lazos comunitarios con el vecindario local.

Se desprende del párrafo anterior que es fundamental potenciar las habilidades sociales para luego fortalecer la identidad y cohesión grupal, ya que mediante esta solidez de grupo se pueda llevar a cabo la integración de estos pacientes a otros grupos sociales de la comunidad y hacer efectivo este proceso de reinserción social.

Desde este mismo escenario es que se hace preponderante también la intervención desde lo psico-educativo en relación a la sensibilización y concientización de la comunidad y de los actores sociales involucrados, respecto a la temática de salud mental, mediante la entrega de información, con un sentido transformativo de pautas culturales en la población.

En este trabajo psico-educativo, es elemental la labor que cumple el trabajador social para contribuir a romper el estigma social y los mitos que se han desarrollado frente a las enfermedades mentales y la segregación de las personas con discapacidad mental, y propender a la aceptación y tolerancia social.

Se le da esta importancia a la comunidad porque, más allá del tratamiento farmacológico, se requiere una red de apoyo social comunitaria, que apoyen el mejoramiento de la calidad de vida de las personas con enfermedades mentales.

De esta manera el trabajo en conjunto del hogar protegido con la comunidad, logrará el bienestar de los pacientes, a través de la participación y organización de estos en forma activa e influyente en su medio local.

La participación y la organización de los pacientes psiquiátricos en las actividades comunitarias, configura a los lineamientos sociales de la anti-psiquiatría como propuesta del presente estudio, desde la complementación con las otras prácticas tradicionales de intervención que plantea el Proyecto “Juntos Construimos un Sueño”.

Dando énfasis a la participación y organización en el contexto social inmediato de las personas para así influir de la misma forma en su propia calidad de vida, en pro de la rehabilitación y reinserción social de los pacientes del Hogar N° 5.

Este énfasis social configura a la comunidad como el objeto principal en el proceso de rehabilitación y reinserción para los pacientes psiquiátricos, tal como lo valida el proyecto “Juntos Construimos un Sueño”.

En la presente investigación se puede corroborar que el rol del Trabajo Social es primordial para mejorar la calidad de vida de los pacientes psiquiátricos de los Hogares Protegidos, ya que temas como la comunidad misma, los actores o representantes comunitarios, la participación y organización social, contribuyen a fortalecer el proceso de rehabilitación y reinserción social de estas personas que tienden a ser excluidas.

De acuerdo a lo analizado en esta investigación, los dirigentes de las organizaciones comunitarias requieren de un apoyo constante en la entrega de información sobre salud mental, principalmente para instalar e influir en la percepción que tienen sobre los pacientes psiquiátricos.

A su vez para el Hogar de pacientes psiquiátricos es necesario influir y trabajar en la cohesión grupal de éste, pues a través de la historia e identidad como grupo que comparte la misma experiencia de convivir en un Hogar del

Hospital Psiquiátrico en una localidad determinada, para luego incrementar la participación y organización con la comunidad.

Debido a esto también en este estudio se debe considerar de vital importancia el reconocer y potenciar aún más las capacidades de autogestión de la propia comunidad y del Hogar de pacientes, porque si bien es cierto que existe una escasa participación, es siempre factible de poder mejorarla más, utilizando para ello la entrega de herramientas necesarias para que puedan en algún momento ocuparlas.

La importancia que reviste para nosotros como profesionales del área social el trabajar con comunidades es de vital importancia, porque ahí se logra visualizar que el Trabajador Social cumple una diversidad de roles que traducidos al quehacer diario se cumplen indistintamente.

Las funciones que el Trabajador Social desarrolla en su actuar profesional cotidiano son: orientar, educar, coordinar, gestar, planificar, entre otras, lo que permite intervenir directamente una realidad.

A partir de las distintas acciones que puede realizar el Trabajador Social para guiar a la comunidad es fundamental que se reconozca las funciones de éste en lo local, pues desde este enfoque se propicia la participación y la organización en la red de organizaciones comunitarias para la integración y mejor convivencia.

Se debe recalcar que incentivar a la comunidad en la participación y organización permite favorecer a la autogestión y el empoderamiento, herramientas principales para generar una relación de ayuda protagonizada por la comunidad y sus individuos, evitando de esta manera caer en el paternalismo.

Cumpliendo con estos roles e incentivando al empoderamiento en cualquier ámbito en donde se desempeñe un profesional del Trabajo Social, genera efectivamente la transformación de una determinada realidad, para mejorarla y replantearla favoreciendo las expectativas y calidad de vida de las personas.

BIBLIOGRAFÍA

- Cartwright, D. (1975) **Dinámicas de Grupo; Investigación y Teoría.** México: Trillas. 1975.
- Cea D´Ancona, M. (2001) **Metodología Cuantitativa: Estrategias y Técnicas de Investigación Social,** Madrid, España, Editorial Síntesis.
- Delgado J., Gutiérrez J. (1999) **Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales,** Madrid, España, Editorial Síntesis
- Foucault M., (1984) **Historia de la Locura en la Época Clásica,** Editorial Fondo de la Cultura Económica, Madrid, España.
- Instituto de Previsión Social (2008) **Discapacidad Mental y Discapacidad Psiquiátrica,** Gobierno de Chile, Santiago de Chile.
- Mendoza, R. (2002) **Constitución de la República de El Salvador con sus reformas.** Editorial jurídica Salvadoreña. San Salvador.
- Ministerio de Salud, (2000) **Reglamento para la internación de las personas con enfermedades mentales y sobre los establecimientos que la proporcionan,** Santiago de Chile.

Molinari J, (2000)	¿Qué es de la Anti-psiquiatría? , “Praxis” Revista de Psicología y Ciencias Humanas: Prácticas teorías y diálogos; Año segundo, N°2, Universidad Diego Portales, Santiago de Chile.
Munar E, Roselló J, Sanchez-Cabaco A., (1999)	Atención y Percepción , “Percepción”, Alianza Editorial, España.
Municipalidad de Independencia (2005)	Plan de Desarrollo Comunal , Santiago de Chile.
Organización Panamericana de la Salud (1990)	Declaración de Caracas , Caracas, Venezuela.
Pemjean A. (1992)	Manual Gestión Participativa y Salud Mental , Ministerio de Salud y Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Santiago, Chile.
Servicio de Psiquiatría Forense (2008):	Proyecto “Juntos Construimos un Sueño” , Hospital Psiquiátrico Horwitz Barak, Santiago de Chile.
Servicio de Psiquiatría Forense (2008)	Antecedentes de Contexto: Proyecto “Juntos Construimos un Sueño” ,Hospital Psiquiátrico Horwitz Barak, Santiago, Chile.
Servicio de Psiquiatría Forense (2008)	Fundamentación Del Proyecto: Proyecto “Juntos Construimos un Sueño” Hospital Psiquiátrico Horwitz Barak, Santiago de Chile.

Valles, M. (2003)

Técnicas Cualitativas de Investigación Social: Reflexión metodológica y práctica profesional, Editorial Síntesis, Madrid, España.

Fuentes Electrónicas

- Alanís A. (2000) **Una versión comparativa entre los paradigmas cualitativo y cuantitativo.** /consultado el 05 de abril de 2009/ <http://contexto-educativo.com.ar/2001/6/nota-08.htm>
- Alarcón R., Aguilar - Gaxiola S. (2000) **Políticas de Desarrollo de Salud Mental en América Latina** /Consultada el 10 de diciembre de 2008/, <http://www.saludpublica.com/cgibin/perfect/search/search.pl?q=salud%2Bde%2Bmental&showurl=%2F&pl10%2F00d12004.htm>
- Amaya C. (2010) **Historia de la Psiquiatría y Enfermedades Mentales** / consultado el 10 de agosto de 2010/ <http://www.slideshare.net/carmenamaya/historia-de-la-psiquiatra-y-enfermedades-mentales-3532442>
- Anónimo **Discriminación** /consultada el 10 de noviembre de 2008/ <http://es.wikipedia.org/wiki/Discriminaci%C3%B3n>
- Anónimo **Psicopatología** /consultada el 20 de noviembre, 2009 / <http://www.articuloz.com/psicologia-articulos/historia-de-la-psicopatologia-y-de-la-salud-mental-746206.html>.

- Anónimo **Reinserción social** / consultada el 20 de mayo, 2009/ <http://www.onbide.net>
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2009) **Garantías Explícitas en Salud** /consultado el 27 de noviembre de 2009/ <http://www.bcn.cl/guias/planes-ex-auge>
- Biblioteca Tecnológica de El Salvador (2009) **Psiquiatría Comunitaria** Antecedentes de Salud Mental Comunitaria / consultada el 17 de abril de 2009/ <http://biblioteca.utec.edu.sv/siab/virtual/auprides/29998/capitulo%202.pdf>
- Dieguez M., Reynosa L, Arcia N. (2006) **Participación Comunitaria** / consultada el 20 de Junio de 2010/ <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEZZEylAFuqKznoMxp.php>
- Delgado, A. (1969) **La Psicopatología** /consultado el 05 de junio del 2009 /http://ar.geocities.com/la_aduldez/sicopatologia.htm
- Desviat, M. (2009) **Psiquiatría y Anti-psiquiatría** / consultado el 17 de noviembre de 2008/ http://www.cielointerior.com/critica_razon_psiq.html
- Fischam G. (1995) **Modelo Bio-Psicosocial – evolutivo en Psiquiatría** Boletín de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica de Chile,/consultado el 10 de agosto de2010/ <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/Psiquiatria/ModeloBiopsicosocial.html>

- Gobierno de Chile (2008) **Plan AUGE** /consultado el 15 de noviembre, 2009/
http://www.redsalud.gov.cl/gesauge/ges_mental.html
- Graus A. (2007) **Estigmatización.** /Consultado el 29 de septiembre de 2008/
<http://www.jornada.unam.mx/2007/10/03/index.php>
- Hales, R. (2009) **Tratado de psiquiatría clínica** /consultado el 03 de marzo de 2009/
<http://es.wikipedia.org/wiki/Psiquiatr%C3%A>
- Hirschfeld E., Jayo J., Sandoval R. (2008) **Percepciones de un paciente psiquiátrico** /consultada el 02 de septiembre de 2009/
http://www.cupmultimedia.com.ar/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=174
- Ministerio de Salud (2008) **Plan Auge y Salud Mental** / consultada el 09 de mayo de 2009/
http://www.redsalud.gov.cl/gesauge/ges_mental.html
- Nario V. (2008) **Participación Comunitaria** / consultada el 21 de Junio de 2010/
<http://www.slideshare.net/ricardo1284/participacin-comunitaria>
- Organización para las Naciones Unidas (2007) **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad** / 20 de octubre de 2009/
<http://www.sidar.org/recur/direc/legis/convencion.php>

Quintana A. (2009)

Historia de la Psicopatología y de la Salud Mental ; Artículo Z, México: consultada el 18 de octubre de 2009/
<http://www.articuloz.com/psicologia-articulos/historia-de-la-psicopatologia-y-de-la-salud-mental-746206.html>

Stucchi S. (2006)

Anti-Psiquiatría. / Consultada el 22 de marzo de 2010.
<http://psiquiatriahistorica.blogspot.com/2006/10/la-antipsiquiatra-me-llamaron-loco-y.html>

Vargas P. (2010)

Participación Comunitaria / consultada el 20 de junio de 2010/
<http://www.slideshare.net/centroperalvillo/presentacion-participacion-comunitaria>

Zaccaria A,
Minoletti A. (2005)

Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia /consultada el 09 de noviembre 2008/
http://revista.paho.org/index.php?a_ID=167

ANEXOS

Operacionalización de Variables

Definición teórica. Variable 1: Percepción de los actores sociales.	La percepción es definida: “...Como se las arregla el organismo para obtener información (conocimiento) acerca del mundo, a través de los sentidos”. (Munar E, Roselló J, Sanchez-Cabaco A, 1999:183)
--	--

Definición operacional	Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores	Ítems
La percepción de los representantes sociales y del equipo clínico del Proyecto, serán todas aquellas opiniones, valores y actitudes que éstos tengan (dirigentes vecinales, grupos deportivos, grupo de jóvenes) sobre los pacientes psiquiátricos del hogar N° 5 y hogares protegidos, en la población Juan Antonio ríos, comuna de Independencia.	Actitudes Conductas de los representantes sociales y del equipo clínico del Proyecto sobre los pacientes psiquiátricos del hogar protegido N°5.	Aceptación o rechazo de pacientes psiquiátricos Nivel de información de los representantes sociales comunitarios sobre el hogar protegido N°5 y sus residentes.	Acepta o rechaza a los pacientes psiquiátricos y hogares protegidos Nivel o grado de información que poseen los actores sociales sobre los pacientes psiquiátricos y hogares protegidos	1. ¿Usted tendría como vecino a un paciente psiquiátrico que haya estado internado? a) Sí ___ b) No ___ ¿Por qué? _____ 2. ¿Usted tiene conocimiento de la existencia de un hogar de pacientes psiquiátricos en su sector? a) Sí b) No 3. Según su punto de vista, ¿esta de acuerdo con que los pacientes psiquiátricos caminen libremente por el vecindario local? a) Si ___ b) No ___

				<p>¿Por qué? _____</p> <p>4. ¿Usted tiene conocimiento de la función que cumple el hogar protegido N°5?</p> <p>a) Sí b) No ¿Por qué?</p> <p>5. ¿Conoce a algunos de los pacientes psiquiátricos del hogar N° 5?</p> <p>a) Sí b) No</p> <p>6. ¿Cómo usted identifica a un paciente psiquiátrico del hogar 5?</p> <p>a) Observando b) Hablando c) Es imposible reconocerlo d) otro</p> <p>7. ¿Conoce usted sobre las enfermedades mentales que afectan a los pacientes psiquiátricos del hogar N°5?</p> <p>a) Sí Qué _____ información maneja _____ b) No</p>
--	--	--	--	---

				<p>8. ¿Le interesaría a usted o alguien de su familia obtener mayor información acerca de las enfermedades psiquiátricas que padecen los pacientes del hogar N°5?</p> <p>a) Sí b) No ¿Por qué? _____</p> <p>9 - ¿Ha participado usted en algunas de las reuniones realizadas en la junta de vecinos, para entregar información sobre el hogar N°5?</p> <p>a) Sí ¿Qué le pareció la experiencia? _____</p> <p>b) No Por qué _____</p>
	<p>Opiniones: Impresiones, o estimaciones que tienen los representantes sociales comunitarios y equipo clínico del Proyecto, sobre los pacientes psiquiátricos del hogar N°5</p>	<p>Impresiones negativas o positivas</p>	<p>Opiniones positivas sobre pacientes del hogar</p> <p>Opiniones negativas sobre pacientes del hogar</p>	<p>10. Bajo su visión, ¿Usted cree que los pacientes psiquiátricos del hogar N°5 deben permanecer en recintos cerrados?</p> <p>a) Sí ¿Por qué? _____</p> <p>b) No ¿Por qué? _____</p>

				<p>11. ¿Cree usted que los hogares protegidos son una medida efectiva de reinserción social?</p> <p>a) Sí ¿Por qué?</p> <p>b) No ¿Por qué?</p> <p>12. ¿Qué piensa usted acerca de que los pacientes psiquiátricos sean vecinos suyos?</p> <p>a) es bueno b) es malo c) le es indiferente</p> <p>13. ¿Qué piensa usted acerca de la opción de reinserción social de los pacientes psiquiátricos a través de hogares protegidos?</p> <p>a) bueno b) malo c) le es indiferente</p> <p>14. ¿Ha participado de actividades comunitarias en conjunto con los pacientes psiquiátricos del hogar N° 5?</p> <p>a) Sí b) No</p>
--	--	--	--	---

				<p>15. ¿Participaría usted de este tipo de actividades si fueran planificadas a futuro?</p> <p>Sí ___ No ___ ¿Por qué? _____</p>
--	--	--	--	--

	Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores	Ítems
	<p>Discriminación</p> <p>Corresponderá al abuso, la injusticia y la desigualdad que los representantes sociales comunitarios (dirigentes vecinales, grupos deportivos, grupo de jóvenes) y equipo clínico del Proyecto, ejerzan sobre los pacientes psiquiátricos del hogar N° 5.</p>	<p>Abuso</p> <p>Daño o agresión que posiblemente ha sido inferido a pacientes psiquiátricos por medio de manifestaciones físicas y verbales.</p>	<p>Agresión física: Agrede o dañe físicamente a los pacientes psiquiátricos y hogares protegidos</p> <p>Agresión verbal: Agrede o dañe verbalmente a pacientes psiquiátricos.</p>	<p>16. ¿existirían razones por las cuales usted avala las agresiones físicas hacia los pacientes psiquiátricos y hogares protegidos?</p> <p>Sí ___ No ___ ¿Por qué? _____</p> <p>17. ¿existirían razones por las cuales usted avala las agresiones verbales hacia los pacientes psiquiátricos del hogar N° 5?</p> <p>Sí ___ No ___ ¿Por qué? _____</p> <p>18. ¿Usted dañaría física o verbalmente a un paciente psiquiátrico del hogar N° 5?</p> <p>Sí ___ No ___ ¿Por qué? _____</p>

		<p>Injusticia</p> <p>Falta de igualdad y equidad en: derechos iguales, obligaciones o bienes de los representantes sociales de los pacientes psiquiátricos del hogar N°5 respecto de su comunidad</p>	<p>Derechos Si se respetan o no los derechos de los pacientes psiquiátricos</p> <p>Obligaciones Obligaciones de los pacientes dentro de la comunidad.</p> <p>Bienes Número de bienes comunitarios de los que participan o tienen acceso los pacientes psiquiátricos.</p>	<p>19. ¿Usted cree que son respetados los derechos de los pacientes psiquiátricos del hogar N° 5?</p> <p>Sí___ No___ ¿Por qué?_____</p> <p>20. Desde su punto de vista, ¿Debiesen tener obligaciones los pacientes psiquiátricos del hogar N° 5?</p> <p>Sí___ ¿Cuales? No___</p> <p>21. ¿Usted conoce algún tipo de obligación que tengan los pacientes psiquiátricos del hogar N°5?</p> <p>Sí___ No___ ¿Por qué?_____</p> <p>22 ¿Usted conoce instancias abiertas a toda la comunidad donde se integre a pacientes psiquiátricos del hogar N° 5 a sus actividades regulares?</p> <p>Sí___ ¿Cuales? No___</p>
--	--	--	---	---

	Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores	Ítems
	<p>Estigmatización Corresponderá a los prejuicios de los representantes sociales comunitarios hacia los pacientes psiquiátricos del hogar 5, y la forma en que esto influye en las relaciones sociales entre ellos.</p>	<p>Prejuicios Corresponde a las distintas ideas que se formulan los representantes sociales comunitarios sobre los pacientes psiquiátricos, sin primeramente conocerlos. Esta actitud se basa en el nivel de información que puedan poseer con respecto a las enfermedades mentales.</p>	<p>Ideas que poseen los actores comunitarios sobre pacientes psiquiátricos:</p> <p>-tipo de ideas poseen los actores sociales comunitarios</p> <p>-Estas ideas son prejuiciosas o no.</p>	<p>23. ¿Qué piensa usted sobre los pacientes psiquiátricos del hogar N° 5?</p> <p>a) Son peligrosos/agresivos b) Son como cualquier otra persona c) Son extraños d) Son imprevisibles e) Otro</p> <p>24. ¿Qué siente cuando ve a un paciente psiquiátrico del Hogar N° 5?</p> <p>a) Indiferencia b) Temor o rechazo c) Curiosidad d) Compasión e) Identificación f) Otro</p>

Definición Teórica.	Factores Sociales de la Anti-psiquiatría:
Variable N° 1: Factores sociales de la Anti-psiquiatría	“Lineamientos sociales dentro de un enfoque social comunitario, donde lo primordial es la participación y la organización con la comunidad” (alumnas tesistas)

Definición Operacional	Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores	Ítems
Los factores sociales Anti-psiquiátricos permiten la participación y organización de los pacientes psiquiátricos forenses del hogar N° 5 respecto de su propio proceso de reinserción y rehabilitación social	Organización Corresponde a la forma en que los pacientes se coordinan o se organizan en diversas labores para lograr un funcionamiento interno y externo.	Organización con la comunidad Intrahogar Organización con la comunidad externa al hogar	Formas en que se organizan al interior del hogar Temas en torno a los que se organizan dentro del hogar. Formas en que se organizan con la comunidad Temas en torno a los que se organizan con la comunidad.	25. ¿Usted conoce las formas de organización al interior del hogar N° 5? Sí___ ¿Cuales? No___ 26.. ¿Existe coordinación con los pacientes del hogar N° 5 en las actividades comunitarias que se organizan para los vecinos? Sí___ No___ ¿Por qué?_____ 27. ¿Cree usted que la organización de los pacientes psiquiátricos con los dirigentes de las organizaciones sociales comunitarias, favorece a su rehabilitación y reinserción social? Sí___ No___ ¿Por qué?_____

	<p>Participación Corresponde a la implicación de los pacientes psiquiátricos del hogar 5 en las actividades tanto dentro del hogar como con la comunidad</p>	<p>Participación en actividades dentro del hogar</p> <p>Participación en actividades con la comunidad</p>	<p>Formas en las que participan los pacientes psiquiátricos dentro del hogar</p> <p>Temas en los que participan los pacientes psiquiátricos dentro del hogar.</p> <p>Formas en las que participan los pacientes psiquiátricos con la comunidad</p> <p>Temas en los que participan los pacientes psiquiátricos con la comunidad</p>	<p>28. ¿Existen espacios donde se abarquen temas relacionados con la comunidad que considere a los pacientes psiquiátricos del hogar N° 5?</p> <p>Sí ___ No ___ ¿Por qué? _____</p> <p>29. ¿Usted conoce las formas en que participan de las actividades los pacientes psiquiátricos al interior del hogar N° 5?</p> <p>Sí ___ ¿Cuales? No ___</p> <p>30. ¿Usted cree que la participación en las labores domésticas al interior del hogar favorece a la rehabilitación y reinserción social de los pacientes psiquiátricos?</p> <p>Sí ___ No ___ ¿Por qué? _____</p> <p>31. ¿Usted cree que las actividades extraprogramáticas o recreativas que se realizan al interior del hogar favorecen a la rehabilitación y reinserción social de los pacientes psiquiátricos?</p> <p>Sí ___ No ___ ¿Por qué? _____</p>
--	---	---	--	---

				<p>32. . Con respecto a las actividades que propone la comunidad. ¿Se involucra a los pacientes psiquiátricos del hogar 5 en su planificación?</p> <p>Sí ___ No ___ ¿Por qué? _____</p> <p>33. Con respecto de las actividades extraprogramaticas que propone la comunidad, ¿Usted cree que deberían participar los pacientes psiquiátricos del hogar N 5?</p> <p>Sí ___ No ___ ¿Por qué? _____</p> <p>34. ¿Usted cree que deberían darse espacios de encuentro entre los pacientes psiquiátricos del hogar N 5 y la comunidad?</p> <p>Sí ___ ¿Por qué? ___ No ___ ¿Por qué? ___</p> <p>35. Si se dieran estos espacios de encuentro entre la comunidad y los pacientes del hogar N 5 ¿Usted participaría de ellos?</p> <p>Sí ___ ¿Por qué? ___ No ___ ¿Por qué? ___</p>
--	--	--	--	--

Definición teórica: Variable N° 2: Reinserción Social de los pacientes psiquiátricos del hogar 5.	“Significa tener la capacidad y disposición para participar en el entorno social , con el objetivo de mejorar la propia calidad de vida y de la comunidad” (www.onbide.net)
--	---

Definición operacional	Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores	Ítems
La reinserción social de los pacientes psiquiátricos del hogar 5, corresponde a las posibilidades de influir y participar en su entorno social , favoreciendo el mejoramiento de la calidad de vida tanto de ellos como de su comunidad.	<p>Entorno social</p> <p>Corresponde a las condiciones de vida (nivel de ingresos, los estudios que ha realizado, trabajo, y la comunidad a la que pertenecen) que poseen los pacientes psiquiátricos forenses del hogar N° 5.</p> <p>http://ec.europa.eu/health-eu/my_environment/social_environment/index_es.htm</p>	Condiciones de vida	<p>Nivel de ingresos</p> <p>Estudios</p> <p>Trabajo</p> <p>comunidad</p>	<p>36. ¿Cree usted que el nivel de ingresos mensuales que perciben los pacientes psiquiátricos del hogar 5 facilita su participación en el proceso de reinserción social de estos?</p> <p>Si _____</p> <p>No _____</p> <p>Porqué _____</p> <p>37. ¿Usted cree que los estudios que hayan cursado los pacientes psiquiátricos del hogar 5 contribuyan a su reinserción social?</p> <p>Si _____</p> <p>No _____</p> <p>Porqué _____</p> <p>38. ¿Usted cree que el trabajo es una forma de reinserción social para los pacientes psiquiátricos forenses del hogar 5?</p> <p>Si _____</p> <p>No _____</p> <p>Por qué _____</p>

				<p>39. ¿Usted conoce alternativas o lugares de trabajo para los pacientes psiquiátricos del hogar 5?</p> <p>Si _____ No _____ ¿Cuales? _____</p> <p>40. Si usted tuviera la oportunidad de ofrecerle un trabajo a un paciente psiquiátrico del hogar 5, ¿Lo haría?</p> <p>Si _____ No _____ Por qué _____</p> <p>41. ¿Cree usted que el sector donde esta ubicado el hogar N° 5 es un medio propicio para la reinserción social de los pacientes que allí habitan?</p> <p>Sí _____ No _____ Por qué _____</p> <p>42. Si usted tuviera la posibilidad de invitar a participar a los pacientes psiquiátricos del hogar 5 a sus actividades ¿lo haría?</p> <p>Si _____ No _____ Por qué _____</p>
--	--	--	--	--

	<p>Dimensión</p> <p>Calidad de vida se define en términos generales como el bienestar, felicidad y satisfacción de los pacientes psiquiátricos del hogar 5, que le otorgan a estos cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida.</p>	<p>Subdimensiones</p> <p>Bienestar</p> <p>Felicidad</p> <p>Satisfacción</p>	<p>Indicadores</p> <p>Desarrollo Humano</p>	<p>43. Si usted tuviera la posibilidad de hacer participe a los pacientes psiquiátricos en la toma de decisiones de las distintas actividades de la organización social a la que usted corresponde, ¿Lo permitiría?</p> <p>Si _____</p> <p>No _____</p> <p>Por qué _____</p> <p>44. ¿Cree usted que la modalidad de hogar protegido proporciona las condiciones básicas para el bienestar integral, emocional y social de los pacientes psiquiátricos del hogar 5?</p> <p>Si _____</p> <p>No _____</p> <p>Por qué _____</p> <p>45 ¿Cree usted que la interacción con la comunidad u organizaciones sociales favorece el bienestar integral de los pacientes del hogar 5?</p> <p>Si _____</p> <p>No _____</p> <p>Por qué _____</p>
--	---	---	--	---

				<p>46. ¿Usted cree los pacientes psiquiátricos logran alcanzar un grado de estabilidad emocional?</p> <p>Si _____ No _____ Por qué _____</p> <p>47. ¿Usted cree que los pacientes son felices considerando el centro como su hogar?</p> <p>Si _____ No _____ Por qué _____</p> <p>48. ¿Cree usted que la modalidad de hogar protegido satisface las necesidades de los pacientes del hogar 5?</p> <p>Si _____ No _____ Por qué _____</p> <p>49. ¿Cree usted que los pacientes se sienten emocionalmente gratos con el trato que otorgan los funcionarios del hogar 5?</p> <p>Si _____ No _____ Por qué _____</p>
--	--	--	--	--

Pauta para los representantes de las organizaciones sociales comunitarias, correspondiente a la unidad vecinal N° 17, comuna de Independencia.

Variable 1: Percepción

Dimensión: Actitudes de los representantes de las organizaciones sociales comunitarias sobre los pacientes psiquiátricos del hogar 5.

Indicadores:

- Acepta o rechaza a los pacientes psiquiátricos y hogares protegidos
- Nivel o grado de información que poseen los actores sociales sobre los pacientes psiquiátricos y hogares protegidos

1. ¿Usted tendría como vecino a un paciente psiquiátrico que haya estado internado?

- a) Sí
 - b) No
- ¿Por qué?

2. ¿Usted tiene conocimiento de la existencia de un hogar de pacientes psiquiátricos en su sector?

- a) Sí
- b) No

3. Según su punto de vista, usted está de acuerdo con que los pacientes psiquiátricos caminen libremente por el vecindario local?

- a) Si
 - b) No
- ¿Por qué?

4. ¿Usted tiene conocimiento de la función que cumple el hogar protegido N°5?

- a) Sí
 - b) No
- ¿Por qué?

5. ¿Conoce a algunos de los pacientes psiquiátricos del hogar N° 5?

- a) Sí
- b) No

6. ¿Cómo usted identifica a un paciente psiquiátrico del hogar 5?

- a) Observando
- b) Hablando
- c) Es imposible reconocerlo
- d) otro

7. ¿Conoce usted sobre las enfermedades mentales que afectan a los pacientes psiquiátricos del hogar N°5?

- a) Sí
- Qué información maneja
- b) No

8. ¿Le interesaría a usted o alguien de su familia obtener mayor información acerca de las enfermedades psiquiátricas que padecen los pacientes del hogar N°5?

- a) Sí
 - b) No
- ¿Por qué?

9 - ¿Ha participado usted en algunas de las reuniones realizadas en la junta de vecinos, para entregar información sobre el hogar N°5?

a) Sí
¿Qué le pareció la experiencia?

b) No
Por qué

Variable 1: Percepción

Dimensión: Opiniones de los representantes de las organizaciones sociales comunitarias sobre los pacientes psiquiátricos del hogar 5.

Indicadores:

- Opiniones positivas sobre pacientes del hogar
- Opiniones negativas sobre pacientes del hogar

10. Bajo su visión, ¿Usted cree que los pacientes psiquiátricos del hogar N°5 deben permanecer en recintos cerrados?

a) Sí
¿Por qué?

b) No
¿Por qué?

11. ¿Cree usted que los hogares protegidos son una medida efectiva de reinserción social?

a) Sí
¿Por qué?

b) No
¿Por qué?

12. ¿Qué piensa usted acerca de que los pacientes psiquiátricos sean vecinos suyos?

- a) es bueno
- b) es malo
- c) le es indiferente

13. ¿Qué piensa usted acerca de la opción de reinserción social de los pacientes psiquiátricos a través de hogares protegidos?

- a) bueno
- b) malo
- c) le es indiferente

14. ¿Ha participado de actividades comunitarias en conjunto con los pacientes psiquiátricos del hogar N° 5?

a) Sí
b) No

15. ¿Participaría usted de este tipo de actividades si fueran planificadas a futuro?

Sí
No
¿Por qué?

Variable 1: Percepción

Dimensión: Discriminación de los representantes de las organizaciones sociales comunitarias sobre los pacientes psiquiátricos del hogar 5.

Subdimensión: Abuso

Indicadores:

- Agrede o daña físicamente a los pacientes psiquiátricos y hogares protegidos
- Agrede o daña verbalmente a pacientes psiquiátricos.

16 ¿Existirían razones para que usted avale las agresiones físicas hacia los pacientes psiquiátricos del hogar N° 5?

Sí ¿Cuáles?

No

¿Por qué?

17 ¿Existirían razones para que usted avale las agresiones verbales hacia los pacientes psiquiátricos del hogar N° 5?

Sí

No

¿Por qué?

18. ¿Usted dañaría física o verbalmente a un paciente psiquiátrico del hogar N° 5?

Sí

No ¿Por qué?

Variable 1: Percepción

Dimensión: Discriminación de los representantes de las organizaciones sociales comunitarias sobre los pacientes psiquiátricos del hogar 5.

Subdimensión: Injusticia

Indicadores:

- Si se respetan o no los derechos de los pacientes psiquiátricos del hogar 5.
- Obligaciones de los pacientes psiquiátricos del hogar 5 dentro de la comunidad.

29. ¿Usted cree que son respetados los derechos de los pacientes psiquiátricos del hogar N° 5?

Sí

No

¿Por qué?

20. Desde su punto de vista, ¿Debiesen tener obligaciones los pacientes psiquiátricos del hogar N° 5?

Sí ¿Cuales?

No

21. ¿Usted conoce algún tipo de obligación que tengan los pacientes psiquiátricos del hogar N°5?

Sí

No

¿Por qué?

22 ¿Usted conoce instancias comunitarias donde se integre a pacientes psiquiátricos del hogar N°5 a sus actividades regulares?

Sí ¿Cuales?

No

Variable 1: Percepción

Dimensión Estigmatización de los representantes de las organizaciones sociales comunitarias sobre los pacientes psiquiátricos del hogar 5.

Subdimensión: Prejuicios

Indicadores:

- Tipo de ideas poseen los actores sociales comunitarios
- Estas ideas son prejuiciosas o no.

23. ¿Qué piensa usted sobre los pacientes psiquiátricos del hogar N° 5?

- a) Son peligrosos/agresivos
- b) Son como cualquier otra persona
- c) Son extraños
- d) Son imprevisibles
- e) Otro

24. ¿Qué siente cuando ve a un paciente psiquiátrico del Hogar N° 5?

- a) Indiferencia
- b) Temor o rechazo
- c) Curiosidad
- d) Compasión
- e) Identificación
- f) Otro

Variable2: Factores sociales de la Antisiquiatría

Dimensión: Organización

Indicadores:

- Formas en que se organizan al interior del hogar
- Temas en torno a los que se organizan dentro del hogar.
- Formas en que se organizan con la comunidad
- Temas en torno a los que se organizan con la comunidad.

25. ¿Usted conoce las formas de organización al interior del hogar N° 5?

Sí ¿Cuales?

No

26. ¿Cree usted que las formas en que los pacientes se organizan al interior del hogar, favorece a su rehabilitación y reinserción social?

Sí

No

¿Por qué?

27. ¿Existe coordinación con los pacientes del hogar N° 5 en las actividades comunitarias que se organizan para los vecinos?

Sí

No

¿Por qué?

28. ¿Cree usted que la organización de los pacientes psiquiátricos con los dirigentes de las organizaciones sociales comunitarias, favorece a su rehabilitación y reinserción social?

Sí

No

¿Por qué?

29. ¿Existen espacios donde se abarquen temas relacionados con la comunidad que considere a los pacientes psiquiátricos del hogar N° 5?

Sí

No

¿Por qué?

Variable 2: Factores sociales de la Antisiquiatría

Dimensión: Participación

Indicadores:

- Formas en las que participan los pacientes psiquiátricos dentro del hogar
- Temas en los que participan los pacientes psiquiátricos dentro del hogar.
- Formas en las que participan los pacientes psiquiátricos con la comunidad
- Temas en los que participan los pacientes psiquiátricos con la comunidad

30. ¿Usted conoce las formas en que participan de las actividades los pacientes psiquiátricos al interior del hogar N° 5?

Sí ¿Cuales?

No

31. ¿Cree usted que la participación de los pacientes psiquiátricos en las distintas actividades al interior del hogar, favorece a su rehabilitación y reinserción social?

Sí

No

¿Por qué?

32. ¿Usted cree que la participación en las labores domésticas al interior del hogar favorece a la rehabilitación y reinserción social de los pacientes psiquiátricos?

Sí

No

¿Por qué?

33. ¿Usted cree que las actividades extraprogramáticas o recreativas que se realizan al interior del hogar favorecen a la rehabilitación y reinserción social de los pacientes psiquiátricos?

Sí

No

¿Por qué?

34. ¿Usted cree que los espacios de encuentro con la comunidad, planificados al interior del hogar, favorecen a la rehabilitación y reinserción social de los pacientes del hogar 5?

Sí

No

¿Por qué?

35. Con respecto a las actividades que propone la comunidad. ¿Se involucra a los pacientes psiquiátricos del hogar 5 en su planificación?

Sí

No

¿Por qué?

36. Con respecto de las actividades extraprogramaticas que propone la comunidad, ¿Usted cree que deberían participar los pacientes psiquiátricos del hogar N 5?

Sí

No

¿Por qué?

37. ¿Usted cree que deberían darse espacios de encuentro entre los pacientes psiquiátricos del hogar N 5 y la comunidad?

Sí ¿Por qué?

No ¿Por qué?

38. Si se dieran estos espacios de encuentro entre la comunidad y los pacientes del hogar N 5 ¿Usted participaría de ellos?

Sí ¿Por qué?

No ¿Por qué?

Variable 3: Reinserción Social

Dimensión: Entorno social

Indicadores: Nivel de ingresos. Estudios. Trabajo. Comunidad

39. ¿Cree usted que el nivel de ingresos mensuales que perciben los pacientes psiquiátricos del hogar 5 facilita su participación en el proceso de reinserción social de estos?

Si

No

Porqué

40. ¿Usted cree que los estudios que hayan cursado los pacientes psiquiátricos del hogar 5 contribuyan a su reinserción social?

Si

No

Porqué

41. ¿Usted cree que el trabajo es una forma de reinserción social para los pacientes psiquiátricos forenses del hogar 5?

Si

No

Por qué

42. ¿Usted conoce alternativas o lugares de trabajo para los pacientes psiquiátricos del hogar 5?

Si

No

¿Cuales?

43. Si usted tuviera la oportunidad de ofrecerle un trabajo a un paciente psiquiátrico del hogar 5, ¿Lo haría?

Si

No

Por qué

44. ¿Cree usted que el sector donde esta ubicado el hogar N° 5 es un medio propicio para la reinserción social de los pacientes que allí habitan?

Si
No
Por qué

45. Si usted tuviera la posibilidad de invitar a participar a los pacientes psiquiátricos del hogar 5 a sus actividades ¿lo haría?

Si
No
Por qué

46. Si usted tuviera la posibilidad de hacer participe a los pacientes psiquiátricos en la toma de decisiones de las distintas actividades de la organización social a la que usted corresponde, ¿Lo permitiría?

Si
No
Por qué

Variable: Reinserción social
Dimensión: Calidad de vida
Indicadores: Desarrollo Humano

47. ¿Cree usted que la modalidad de hogar protegido proporciona las condiciones básicas para el bienestar integral, emocional y social de los pacientes psiquiátricos del hogar 5?

Si
No
Por qué

48. ¿Cree usted que la interacción con la comunidad u organizaciones sociales favorece el bienestar integral de los pacientes del hogar 5?

Si
No
Por qué

49. ¿Qué propondría usted para asegurar el bienestar integral de los pacientes psiquiátricos del hogar 5?

Si
No
Por qué

50. ¿Usted cree que los pacientes psiquiátricos logran alcanzar un grado de estabilidad emocional?

Si
No
Por qué

51. ¿Usted cree que los pacientes son felices considerando el centro como su hogar?

Si
No
Por qué

52. ¿Cree usted que la modalidad de hogar protegido satisface las necesidades de los pacientes del hogar 5?

Si
No
Por qué

53. ¿Cree usted que los pacientes se sienten emocionalmente gratos con el trato que otorgan los funcionarios del hogar 5?

Si
No
Por qué

Pauta para el equipo profesional del proyecto “Juntos Construimos un Sueño”

1. Según su punto de vista, ¿Por qué los pacientes psiquiátricos del hogar N° 5 deben convivir normalmente en el vecindario local?
2. ¿Usted que opina de los hogares protegidos?
3. ¿Cree usted que los hogares protegidos son una medida efectiva de reinserción social?
4. ¿Qué pensaría usted si los pacientes psiquiátricos fuesen vecinos suyos?
5. ¿Qué conducta adoptaría usted si sus vecinos son pacientes psiquiátricos de un hogar?
6. ¿Qué piensa usted acerca de la opción de reinserción social de los pacientes psiquiátricos a través de hogares protegidos?
7. ¿Ha participado de alguna actividad extra-programática en conjunto con los pacientes psiquiátricos del hogar N° 5?
8. ¿Qué opina usted de las agresiones físicas y verbales hacia los pacientes del Hogar N 5, en un principio?
9. ¿qué hecho cree usted que pueda producir cambios en la actitud de los vecinos, si es que estos los discriminaran?
10. ¿Usted cree que son respetados los derechos de los pacientes psiquiátricos del hogar N° 5?
11. Desde su punto de vista, ¿Debiesen tener obligaciones los pacientes psiquiátricos del hogar N° 5?
12. ¿Usted conoce instancias comunitarias donde se integre a pacientes psiquiátricos del hogar N°5 a sus actividades regulares?
13. ¿Cree usted que las formas en que los pacientes se organizan al interior del hogar, favorece a su rehabilitación y reinserción social?
14. ¿Cree usted que la organización de los pacientes psiquiátricos con los dirigentes de las organizaciones sociales comunitarias, favorece a su rehabilitación y reinserción social?
15. ¿Existen espacios donde se abarquen temas relacionados con la comunidad que considere a los pacientes psiquiátricos del hogar N° 5?
16. ¿Cree usted que la participación de los pacientes psiquiátricos en las distintas actividades al interior del hogar, favorece a su rehabilitación y reinserción social?
17. ¿Usted como profesional a cargo, participa de la distribución de las funciones domésticas al interior del hogar?
18. ¿Usted cree que los espacios de encuentro con la comunidad, planificados al interior del hogar, favorecen a la rehabilitación y reinserción social de los pacientes del hogar 5?
19. ¿Cuál es su visión respecto de la organización y participación entre los pacientes del hogar N° 5 y los dirigentes de las organizaciones comunitarias?

20. ¿Usted cree que deberían darse espacios de encuentro entre los pacientes psiquiátricos del hogar N 5 y la comunidad?

21. ¿Cuales serían las ventajas y las críticas que usted plantearía a la modalidad de Hogar protegido, desde la base que es una instancia de reinserción social?

22. Desde su punto de vista ¿Cual es la relación que usted visualiza entre los lineamientos principales del proyecto “Juntos construimos un sueño” y la reinserción social de los pacientes psiquiátricos del hogar N° 5.