

UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO

Carrera de Psicología.

**“EXPERIENCIAS DE TRABAJO TERAPÉUTICO DE USUARIOS DEL
HOSPITAL DÍA PARA ADOLESCENTES DE PUDAHUEL”**

Profesor Guía : María Elena Concha.

Metodólogo : Francisco Kamann.

Profesor Informante : Claudia Moya.

Alumno (s) : Felipe Alvarado. |
I Iván Quijada.

Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología

Santiago, 30 de Noviembre Del 2009.

*“Agradecimientos a la Directora del Hospital Día
para Adolescentes de Pudahuel,
y en especial a las personas usuarias
que participaron de esta investigación”*

INDICE.

Introducción.	Página 5.
Planteamiento del Problema: Antecedentes.	Página 5.
Formulación del Problema y Pregunta de Investigación.	Página 11.
Aportes y Relevancia de la Investigación.	Página 15.
Objetivos de la Investigación.	Página 18.
Objetivo General.	Página 18.
Objetivos Específicos.	Página 18.
Marco Teórico.	Página 19.
Introducción.	Página 19.
La Enfermedad Mental en la Historia.	Página 20.
Cuadro Clínico de la Esquizofrenia.	Página 32.
Historia de la Psiquiatría en Chile.	Página 39.
Visiones Psicológicas sobre el Fenómeno de la Esquizofrenia.	Página 47.
Corriente Fenomenológica.	Página 53.
Abordaje Histórico del Tratamiento de la Esquizofrenia en Chile.	Página 60.
Hospital Día y Abordaje de la Esquizofrenia.	Página 72.
Hospital Día para Adolescentes de Pudahuel.	Página 76.

Marco Metodológico.	Página 79.
Enfoque Metodológico.	Página 79.
Tipo y Diseño de Investigación.	Página 83.
Delimitación del Campo a estudiar.	Página 85.
Descripción de la Muestra.	Página 86.
Técnicas de Recolección de la Información.	Página 87.
Plan de Análisis de la Información.	Página 92.
Interpretación de los Resultados:	
Análisis de Categorías por Objetivos.	Página 95.
Conclusiones.	Página 117.
Cronograma.	Página 123.
Bibliografía.	Página 124.
Anexos.	Página 130.

I) INTRODUCCION

1. Planteamiento del Problema: Antecedentes

Al centrar nuestra investigación en la forma de experimentar algunas instancias de trabajo terapéutico que tienen los usuarios de una institución como el Hospital Día para Adolescentes de Pudahuel, se hace necesario contextualizar algunos antecedentes, relativos a la intervención terapéutica de los trastornos mentales severos, dentro de los cuales la Esquizofrenia constituye un punto nodal y se configura dentro de la prioridad programática de dicha institución, (Propuesta Técnica Hospital Día, 2007), sin por ello no abarcar diferentes patologías enmarcadas dentro de los trastornos mentales severos.

Es por ello que comprender conceptualmente la Esquizofrenia inscrito en la problemática de enfermedad mental y de las instituciones creadas para el tratamiento implica abordarlo desde sus inicios apreciando las mutaciones sufridas por los condicionamientos historico-culturales en los que la tradición Psiquiátrica en la cultura moderna juega un rol preponderante.

Desde el discurso científico contemporáneo el estatuto conceptual de la Esquizofrenia parece contar con una especial indefinición. Según Martínez Hernáez, *“por un lado se sospecha que este trastorno obedece a una disfunción biológico-cerebral;..... y por otro que responde a problemas existenciales y*

morales, de razones psicológicas y subjetivas, de presiones sociales e incluso de estrategias de mitificación del sistema capitalista” (Martínez, 1998:13). Actualmente, de entre los llamados “trastornos mentales” son pocos los que cuentan con menor consenso en su definición desde las distintas miradas que abarcan el fenómeno (Martínez, 1998).

Desde una mirada antropológica crítica se esgrime que la Esquizofrenia tiene una correspondencia con el concepto de irracionalidad, que implica la dimensión del concepto de creencia, siendo material suficiente para dar cuenta de la antigua, pero presente discusión sobre el concepto de normal y de lo anormal. En este sentido, antropológicamente *“lo normal refiere a lo racional, que es representado por el conocimiento científico (ciencia) y lo anormal refiere a lo irracional, representado por lo que, no es posible de explicar racionalmente (creencia)”*. ” (Moraga, 1993:24 -27). Es así como el conocimiento científico médico supone, *“que toda comprensión de la vida tiene una causa y efecto desde lo biológico”* (Moraga, 1993:48).

Si bien en la presente investigación no nos centraremos en las problemáticas planteadas relativas a la definición conceptual de la Esquizofrenia, estas primeras líneas nos ayudan a dimensionar en parte algunas de las problemáticas inherentes al fenómeno a estudiar, para establecer un punto de partida en la contextualización de la mirada actualmente imperante de la Esquizofrenia. Centrados en dicha mirada es que podemos dar cuenta de la preeminencia de los resultados obtenidos por las investigaciones basadas en el modelo biomédico, y

considerar además donde se han fundamentado las Políticas de Salud Mental publicas Chilenas.

En Chile el tratamiento de la Esquizofrenia desde 1950 (antes de la implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (1993-2001)), consideraba la internación con carácter reclusivo de la persona diagnosticada de Esquizofrenia en un recinto de atención especializado para este tipo de patologías, los denominados Manicomios. Estos recintos de carácter Hospitalario, tenían el objetivo de tratar el trastorno considerando a la persona diagnosticada como carente de juicio de realidad, siendo un potencial peligro tanto para ella misma como para su entorno social, dentro del imaginario colectivo la Esquizofrenia tenia una connotación de peligro. (Szasz, 2001).

En este contexto las estrategias de tratamiento se basaban en la aplicación de métodos invasivos sobre el cuerpo de la persona; centrándose en la aplicación de electroshock, Coma Insulinico y Fármacos especializados con el objetivo de reducir los síntomas del trastorno. Dicho abordaje desvela la lógica implícita del modelo biomédico imperante donde toda enfermedad tiene una causa y tratamiento desde lo biológico (Moraga, 1993).

Sin embargo, en la década de los 50, la realidad chilena ante la Esquizofrenia es bastante diferente a los estudios e investigaciones que se siguen desarrollando en el mundo, en el cual, el tratamiento, ha tomado un giro en su forma de intervención.

Dichos estudios e investigaciones están influenciados por la corriente Antipsiquiátrica, donde el tratamiento de la Esquizofrenia se *“aborda desde un enfoque comunitario, integrando fármacos, Psicoeducación y Psicoterapia Psicosocial”*. (Minoletti & Zaccaría, 2005:353). A su vez, la Antipsiquiátria supone abordar la problemática de la Esquizofrenia, no solo desde una connotación biológica, sino también desde las relaciones sociales, familiares y laborales, logrando cambiar el modelo de tratamiento tradicional de la Esquizofrenia. En este sentido, el tratamiento que diseña la Antipsiquiátria tiene un carácter comunitario, ya que no solo se preocupa por la disminución de la sintomatología a través del uso de antipsicóticos, sino también a través de la prevención y el tratamiento Psicosocial.

En el periodo de 1993 al 2001 algunas de estas ideas desarrolladas por la Antipsiquiátria llegan a Chile, específicamente el enfoque comunitario del tratamiento de la Esquizofrenia, que es desarrollado a través del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, que tiene como propósito *“contribuir al bienestar subjetivo, el desarrollo y el uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognoscitivas, afectivas y relacionales, y el logro de su metas individuales y colectivas en concordancia con la justicia y el bien común”*. (Minoletti & Zaccaría, 2005:347).

Se comienza a asentar el desarrollo de nuevas prácticas referidas al tratamiento de la Esquizofrenia en Chile, con lo que se abre un abanico de posibilidades relativas a la mejora de la calidad de vida de las personas diagnosticadas. El Plan

Nacional de Salud Mental y Psiquiatría establece que estas personas poseen derechos y el Estado asume la responsabilidad de su tratamiento. Desde entonces el tema de salud mental en Chile toma preeminencia; en parte por un criterio económico debido a los altos costos que implica el grado de posible incapacidad que significan los trastornos mentales como su tratamiento, y en parte por un criterio médico por el deterioro que supone la Esquizofrenia tanto en la persona diagnosticada, como también en su entorno familiar. Por ello el tratamiento de la Esquizofrenia cuenta con cobertura estatal a través del Plan Auge. Haciéndose el Estado responsable de la entrega de fármacos de última generación, y de aspectos como el tratamiento y la reinserción psicosocial.

En la actualidad, desde el enfoque comunitario se han definido los lugares de tratamiento de la Esquizofrenia. Así, la creación de dispositivos de atención ambulatoria como los Hospitales de día y los Hogares Protegidos, pasan desde las tradicionales prácticas de encierro y reclusión a centros abiertos a la comunidad que acercan a la persona a su familia y entorno más cercano.

En este sentido la intención del enfoque comunitario sobre el protagonismo de las personas diagnosticadas de Esquizofrenia, no solo se basa en actividades orientadas a la reinserción psicosocial y a la integración familiar, sino a la capacidad de poder opinar y dar sentido a su propia experiencia. Este último aspecto no ha sido sistematizado en ninguna investigación en el contexto nacional, referente al cómo experimentan los usuarios del Hospital Día para Adolescentes de Pudahuel, instancias de trabajo terapéutico con distintos

profesionales, lo que configura nuestro interés investigativo indagar sobre dicha forma de experimentar el trabajo terapéutico con distintos profesionales en la modalidad de talleres y espacios clínicos, que consideramos representativos del trabajo de la institución. Dentro de los cuales esta el Taller de Teatro, el Taller de Salidas y el espacio Terapéutico Clínico Psicólogo.

2. Formulación del Problema y Pregunta de Investigación

Actualmente en Chile, el enfoque comunitario del tratamiento de la Esquizofrenia, busca que las personas diagnosticadas, reciban tratamiento farmacológico, y apoyo terapéutico integrando a la familia. Como pretensión general en este enfoque se concibe a dicha persona como protagonista en el proceso de tratamiento, y como capaz de reinsertarse en la vida social.

En este contexto, la Fundación Nacional de Discapacitados, reflexiona sobre la necesidad de implementar un enfoque Psicosocial, basado en los derechos humanos, preocupándose por la persona de manera integral, postula que *“la prevención de las discapacidades y la rehabilitación constituyen una obligación de Estado y, asimismo, un derecho y un deber de las personas con discapacidad, de su familia y de la sociedad en su conjunto”*. (Ley 19.284 de integración social de las personas con discapacidad. Artículo 2).

Esto implica un quiebre con las tradicionales concepciones que se fundamentaban en que la persona diagnosticada con Esquizofrenia es carente de juicio y que experimenta una falta de adecuación social paulatina e irreversible. (Szasz, 2001).

De esta forma, los derechos de las personas diagnosticados de Esquizofrenia, toma importancia en los nuevos modelos de atención, haciéndolos protagonistas en su proceso de tratamiento. Esto implica el interés del enfoque comunitario, por integrar las experiencias de las personas diagnosticadas, que solo habían sido

consideradas, a través de la búsqueda de sintomatología, referente a una clasificación diagnóstica de Esquizofrenia.

Hemos constatado la carencia de investigaciones referidas a la forma que tienen los usuarios de los Hospitales Días de experimentar instancias de trabajo terapéutico con distintos profesionales, en el contexto de los actuales dispositivos públicos de tratamiento ambulatorio basados en el enfoque comunitario. Esto nos hace reflexionar sobre la necesidad de una contribución desde una vertiente fenomenológica centrada en la experiencia de las personas usuarias de este tipo de dispositivo; esto coherente con los nuevos modelos aplicados que conciben a la persona como protagonista en su proceso terapéutico y le otorgan responsabilidad activa (Ley 19.284 de integración social de las personas con discapacidad. Artículo 2).

Por ello dispositivos de atención como el Hospital día para Adolescentes de Pudahuel son de gran interés para nuestra investigación, debido al modelo comunitario en que se sustenta, y a la visión particular del trastorno mental severo concebido como una *“psicopatología del lazo social”* (Propuesta Técnica Hospital día Adolescentes, 2007:3). Además se concibe como una institución terapéutica capaz de acoger las necesidades, características y expectativas que tiene el usuario, con el objetivo de un *“mejoramiento de las competencias sociales que implican un desarrollo en el individuo de su funcionamiento psicológico y ocupacional, mediante apoyo personal y grupal”*. (Propuesta Técnica Hospital día Adolescentes, 2007:3).

Esto implica actividades orientadas, no tan solo a su reinserción psicosocial, sino además, a una comprensión de la experiencia del usuario y su psicopatología. Esta capacidad de la institución, Hospital Día para Adolescentes de Pudahuel, permite favorecer la experiencia grupal y colectiva de los usuarios, haciéndolos protagonistas de su proceso de tratamiento. Es por este motivo que el Hospital día par Adolescentes de Pudahuel reúne las condiciones prácticas para nuestra investigación, ya que es un dispositivo de atención, en que toda actividad es pensada en un sentido terapéutico, lo que implica que todo profesional que trabaje con los usuarios representa la visión general del dispositivo.

Por tanto, en la presente investigación el generar un espacio que valide la experiencia y el decir del usuario desde su forma particular de vivenciar, no obedece a la búsqueda de sintomatología propia de la mirada taxonómica Psiquiátrica. Esto implica dar cuenta de un lugar en que el interés es centrado en la forma de experimentar del usuario y no en el decir de los otros sobre él.

En síntesis en la presente tesis abordaremos el fenómeno centrado en la experiencia de los usuarios, ya que la comprensión se centrará en la concepción de ellos como personas, desde la preeminencia en su forma de experimentar instancias de trabajo terapéutico en el contexto del Hospital Día para Adolescentes de Pudahuel.

Por lo tanto, la pregunta de investigación que guiara nuestro trabajo es la siguiente:

¿Cómo experimentan los usuarios algunas instancias de trabajo terapéutico con distintos profesionales en el contexto del Hospital día para Adolescentes de Pudahuel?

3. Aportes y Relevancia de la Investigación

Los aportes de nuestra investigación los pensamos en distintas dimensiones; como aporte teórico, aporte social y aporte práctico.

3.1. Aporte Teórico:

Consideramos que esta investigación puede configurar un aporte a las disciplinas cuyos modelos abarcan la Esquizofrenia. Ya que generará conocimiento mediante la posibilidad de exploración fructífera del fenómeno planteado desde una vertiente fenomenológica, en aspectos relativos a la forma de experimentar instancias de trabajo con distintos profesionales que tienen los usuarios en el contexto de las nuevas alternativas de tratamiento sustentadas por los Hospitales día bajo el alero de las reformas en la Salud Mental que se han llevado a cabo desde el año 2000 con el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.

Con dichas reformas, se hizo necesario abrir instancias de discusión en torno a nuevas formas de tratamiento de los trastornos mentales. Por esto se pretende además aportar a la discusión y al conocimiento desde la experiencia de las personas usuarios como un abordaje complementario.

3.2. Aporte Social:

El centrar la atención en personas usuarias, implica considerar el impacto que significativo en sus vidas y que les impidió o dificultó continuar con el desarrollo de sus actividades sociales, laborales y/o educativas. Esta condición margina a la persona en el ámbito social, apartándolo del ejercicio de la ciudadanía. Consideramos que el conocimiento que se tenga de su experiencia en el contexto de dispositivos de atención ambulatoria, supone profundizar en una comprensión que dentro del imaginario colectivo ha tenido una connotación de invalidez social y que por lo mismo ha contribuido a su marginación. (Szasz, 1990).

Por lo mismo la presente investigación pretende aportar a la comprensión que socialmente se tiene de las personas usuarias, particularmente desde la experiencia en instancias de trabajo en el contexto del Hospital Día para Adolescentes de Pudahuel. Además los alcances de la investigación suponen implicancias en temáticas como la inserción social y laboral, precisamente a lo que apuntan los actuales programas de tratamiento.

3.3. Aporte Práctico:

Nuestra investigación contribuye al propio dispositivo Hospital Día para Adolescentes de Pudahuel, ya que se generará un conocimiento desde el decir de los usuarios y no desde el discurso de los profesionales de la institución. Consideramos que los usuarios son parte de la institución, ya que en su experiencia esta implícito el plano contextual.

Junto con esto, la investigación permite generar un espacio que valide la experiencia del usuario en cuanto a un trabajo terapéutico desarrollado, que supone un ir más allá del signo patológico y donde no viene a enfrentarse con el decir de otros sobre él. Dicho conocimiento puede aportar a la comprensión de los profesionales sobre el trabajo terapéutico con las personas usuarias cuyos alcances implican evaluar y reflexionar las actividades que realizan en conjunto.

II) Objetivos de la Investigación

1. Objetivo General:

Conocer y describir como experimentan los usuarios del Hospital Día para Adolescentes de Pudahuel, algunas instancias de trabajo terapéutico con distintos profesionales.

2. Objetivos Específicos:

- Conocer y describir como experimentan los usuarios del Hospital Día para Adolescentes de Pudahuel, el trabajo terapéutico en el Taller de Teatro.
- Conocer y describir como experimentan los usuarios del Hospital Día para Adolescentes de Pudahuel, su proceso terapéutico Clínico Psicológico.
- Conocer y describir como experimentan los usuarios del Hospital Día para Adolescentes de Pudahuel, el trabajo terapéutico en el Taller de Salidas.

III) Marco Teórico.

1. Introducción

Con el presente marco teórico no pretendemos definir la verdadera causa o encontrar la naturaleza de las denominadas enfermedades mentales, al centrar nuestra investigación en la forma en que las personas usuarias del Hospital Día para Adolescentes de Pudahuel experimentan instancias de trabajo terapéutico, nos enfocamos en los pre-supuestos que desde la fenomenología se desarrollan, en cuanto a la consideración de la experiencia de la persona y a la significación que esta atribuye.

Consideramos que de igual forma se hace necesario desarrollar algunas herramientas conceptuales para dar ciertas luces en la contextualización de un fenómeno problemático que ha formado parte de toda la historia de la humanidad, y que implica no solo aspectos relativos a la enfermedad mental y su cura, sino cuestiones relacionadas con la libertad, el control, el conocimiento y el poder.

En este sentido nos parece de particular significación las implicancias del desarrollo de la temática de la Esquizofrenia, y a los alcances que desde el abordaje médico supone.

Junto con esto, es necesario contextualizar desde donde los dispositivos Hospitales Días sostienen su intervención y configuran elementos determinantes como sus implementaciones técnicas y sus prioridades programáticas. Es por ello que comprender conceptualmente la Esquizofrenia inscrito en la problemática de enfermedad mental y de las instituciones creadas para el tratamiento implica

abordarlo desde sus inicios apreciando las mutaciones sufridas por los condicionamientos historico-culturales en los que la tradición Psiquiátrica en la cultura moderna juega un rol preponderante.

2. La Enfermedad Mental en la historia

2.1. Reseña Histórica

Dentro de la historia de la humanidad el trato a las personas consideradas extrañas o distintas en su forma de ser, a seguido un recorrido determinado por distintos condicionamientos histórico-culturales, lo que ha llevado a este fenómeno ha continuas mutaciones desde un trasfondo de exclusión que ha solidó ser constante (Foucault, 1997).

Para dimensionar la magnitud de la problemática y contextualizar históricamente el fenómeno ha estudiar, se hace necesario la revisión de la enfermedad mental en la historia.

2.1.1. La Locura como posesión divina o demoníaca

En la antigüedad la explicación del fenómeno surgía desde distintos registros en que las personas con conductas extrañas, desadaptadas, locas. Eran consideradas como poseídas por un mal oculto, fueron estigmatizadas, alejadas y aisladas de cualquier lugar social.

Dichas creencias comenzaron a gestarse y tomar cuerpo con el desarrollo de la incipiente medicina Egipcia y Mesopotámica modeladas con el mito y el arte Griego (Porter, 2003). Las contribuciones de la arqueología han logrado determinar evidencia de trepanación en cráneos con data de 5000 a.C. Supuesto tratamiento para dejar escapar espíritus malignos alojados en su interior.

Dichas culturas adjudicaban la etiología de ciertos trastornos “a la invasión de espíritus, hechicería, malignidad demoníaca, mal de ojo o violación de tabúes, la posesión era a la vez juicio y castigo” (Porter, 2003:23).

En contraste con estas arraigadas creencias, comienza a surgir en Grecia una reflexión de carácter más moderno sobre la naturaleza de las alteraciones mentales. Que generara profunda influencia en Occidente en cuanto al patrón de razonamiento de la mente y la locura. El pionero de este enfoque lo encontramos en Hipócrates (460-375 a.C.), un discípulo cuestiona estas consideraciones en su tratado *Sobre la enfermedad sagrada* adjudicaba causas naturales a este padecimiento:

“La enfermedad sagrada no me parece que sea ni mas divina ni más sagrada que el resto de las enfermedades, sino que tiene como todas las demás, aflicciones, una causa natural que las origina” (discípulo de Hipócrates, citado por Porter, 2003: 26).

2.1.2. Locura en la época Cristiana

Con el triunfo de la Cristiandad y su consecuente reconocimiento como la religión oficial por el imperio Romano por el emperador Constantino en el 313 d.C. Se alejó de la reflexión en torno a la razón como esencia del hombre y se centró en la fe, el pecado, la voluntad y amor divinos.

En la teología cristiana el Espíritu Santo y el Diablo luchaban por la posesión del alma de los individuos; como consecuencia de esta lucha se consideraban distintas expresiones de trastorno mental. (Porter, 2003).

Una de estas manifestaciones históricamente más recordadas dice relación con la institución de la Santa inquisición y la cacería de brujas presente desde las postrimerías del siglo XV, Y cuyo mayor auge se experimentó a mediados del siglo XVII. Considerando a los locos como poseídos, fenómeno diagnosticado como sobrenatural fuera diabólico o divino.

2.1.3. Hacia la racionalización de la locura

Paulatinamente desde mediados del siglo XVII las órdenes de gobierno comenzaron a abandonar las ideas de la demonológica erudita y la cultura popular de explicaciones sobrenaturales. Ya no solo se comenzaron a considerar como irracionales y precientíficas sino que además presentaban una amenaza al equilibrio social. (Porter, 2003).

Con El humanismo renacentista y el racionalismo científico se desarrollaron conceptos médicos y naturalistas en relación a la locura, con la lógica de un mundo ordenado regido por leyes, se rechazaron las explicaciones sobrenaturales como las ideas de posesión diabólica. Los esfuerzos en descubrir la etiología de la locura, se centraron en lo orgánico.

Un importante exponente de estos razonamientos fue el inventor del termino “neurología” el doctor Thomas Willis (1621-1675) quien influido por la filosofía cartesiana “se propuso localizar funciones mentales en regiones específicas del cerebro” (Porter, 2003:124).

Con estas tendencias desarrolladas hacia la interpretación somática, el sistema nervioso se convirtió en el foco de las indagaciones y las explicaciones. Al tiempo que le permitió a la medicina confirmar su autoridad sobre los trastornos mentales y a los pacientes aliviar el estigma social que venían acarreado. (Porter, 2003).

2.1.4. Consolidación de la Psiquiatría

Los médicos dedicados a las enfermedades mentales comenzaron a buscar un sistema diagnóstico coherente que fuera lógico en términos de identificar y aislar las enfermedades y predecir sus evoluciones.

En este contexto Jean Etienne Esquirol realiza descripciones de un tipo de locura que se caracteriza por alucinaciones y monomanía, planteando que el aislamiento (hospitalización) para estas personas, es una medida terapéutica que tiene como objetivo poner freno a la principal manifestación de este trastorno, que es el delirio. (Huneus, 2005).

Ya en las postrimerías del siglo XIX, Emil Kraepelin modifica e introduce el término *dementia praecox* en la psiquiatría, y la considera como una enfermedad endógena (Szasz, 1990). Observó que algunos enfermos mentales presentaban síntomas como delirios y vacío afectivo a una edad relativamente temprana y que estos pacientes tenían con mayor probabilidad un curso crónico y deteriorante.

Diferenció la *dementia praecox* de la enfermedad de Alzheimer y de la enfermedad maníaco-depresiva. Esta última se distinguía de la *dementia praecox* en que su inicio podía darse a lo largo de la vida y en que su curso era más episódico y menos deteriorante, con períodos de funcionamiento normal. Kraepelin describe la *dementia precoz* como una enfermedad mental de evolución fatal que se manifiesta bajo tres formas: hebefrénica, catatónica y paranoide (Szasz, 1990).

2.1.5. Emergencia del concepto de Esquizofrenia

El actual concepto clínico de esquizofrenia lo acuñó Eugen Bleuler (1857-1940). En cuanto a sus implicancias Szasz considera que la enfermedad fue realizada etimológicamente al conducir el cambio desde el latín al griego -de *dementia praecox* a esquizofrenia- consiguiendo un aumento de su relevancia epidemiológica.

Esto a instancias de Eugen Bleuler, que cambió la denominación de *dementia praecox* por la actual esquizofrenia. En su obra *Dementia praecox o el grupo de esquizofrenias* publicada en 1911 podemos encontrar la siguiente cita, esclarecedora de lo que considera por esquizofrenia: “.....un grupo de psicosis cuyo curso es a veces crónico, a veces marcado por ataques intermitentes, y que puede detenerse o retroceder en cualquier estadio, pero no permite la completa restitutio ad integrum. La enfermedad se recharacteriza por un tipo específico de alteración del pensamiento” (Szasz, 1990:19-20).

Creía que para describirla era más importante el estudio transversal de los síntomas que su curso y desenlace (en contraste con Kraepelin). Pensaba que el "trastorno del pensamiento" (deterioro cognitivo) era el síntoma esencial y patognomónico de la esquizofrenia y denominó la enfermedad a partir de la división de la capacidad mental (pérdida de asociaciones entre las diferentes funciones psíquicas, principalmente el pensamiento, y una pobre coordinación entre los procesos emocional, cognitivo y volitivo) (Bleuler, 1911).

Bleuler también creía que el aplanamiento afectivo, el pensamiento peculiar y distorsionado (autismo), la abulia, el deterioro atencional y la indecisión conceptual (ambivalencia) eran prácticamente de la misma importancia. A este grupo de síntomas se refirió como los "fundamentales", mientras que otros síntomas tales como los delirios y las alucinaciones los consideró "accesorios", ya que también podían darse en otros trastornos como en la enfermedad maníaco-depresiva.

También señaló que algunos pacientes con esquizofrenia se recuperan totalmente mientras que otros tienen un curso relativamente crónico pero no se deterioran, en contraste con Kraepelin consideraba que la presencia de un curso deteriorante no era imprescindible (Bleuler, 1911).

Identifico los "síntomas fundamentales" como las "Cuatro A" de Bleuler: Asociaciones, afecto, autismo y ambivalencia. De entre ellas se consideraba la más importante el trastorno del pensamiento o las asociaciones laxas. A diferencia de los delirios y las alucinaciones ("síntomas accesorios"), los síntomas bleulerianos fundamentales forman un continuo con la normalidad y pueden presentarse en formas relativamente moderadas, y algunos de ellos, tal como la ambivalencia, pueden encontrarse corrientemente incluso en individuos normales (Bleuler, 1911). Una de las consecuencias de esta nueva conceptualización fue el aumento del número de pacientes que cumplían los criterios para el diagnóstico de la esquizofrenia.

Otro aporte relevante a la configuración del concepto se lo debemos a Kurt Schneider (1887-1967) quien estaba interesado en identificar síntomas patognomónicos que pudieran conducir al diagnóstico certero de esquizofrenia (Huneeus, 2005). Así diferenció entre:

Síntomas de primer rango, causados directamente por el proceso esquizofrénico, dentro de los que considera; sonoridad del pensamiento, voces dialogadas, voces comentadoras de la propia actividad, vivencias de influencia corporal, Intervención del pensamiento y divulgación del mismo, Percepción delirante, Sentimientos y acciones inferidos o interferidos.

Síntomas de segundo rango, que representan las reacciones al proceso morboso, dentro de los que considera; ocurrencia delirante, perplejidad, empobrecimiento afectivo, distimias y engaños sensoriales.

Los puntos de vista de Bleuler y Schneider tuvieron una gran influencia en la formación del concepto de esquizofrenia. Sin embargo hasta ahora no se ha logrado salvaguardar las complejidades que implica su diagnóstico, en relación a esto, José Manuel Cañamares afirma que la esquizofrenia ha llegado a ser “un cajón de sastre donde cabe casi todo. Ello se debe a que de todos los criterios utilizados para el diagnóstico no hay ninguno que cumplan todas las personas con esquizofrenia” (Cañamares, 2001:57).

Recapitulando podemos dar cuenta como el concepto de esquizofrenia ha variado enormemente a través del tiempo. La definición de Kraepelin era concisa y restringida. Para él, la *dementia praecox* era una enfermedad cuya edad de inicio

característica era la primera década o a principios de la segunda, que era progresiva de forma ininterrumpida y que conducía, durante gran parte de su trayectoria, a un deterioro cognitivo y emocional relativamente grave.

Kraepelin, en tanto, creía que este trastorno sería entendido algún día a través de mecanismos cerebrales neuropatológicos dado el carácter relativamente grave de su curso (Szasz, 1990). A pesar de que recalcó la importancia del deterioro cognitivo ("demencia"), no escogió ningún síntoma como característico o patognomónico.

Las ideas de Bleuler por el contrario, ampliaron el concepto y simultáneamente acentuaron la importancia de un grupo de síntomas relativamente más restringido. Según Arieti (citado por Szasz), Bleuler "acepto el concepto nosológico fundamental de Kraepelin pero ampliándolo, ya que consideraba que muchas otras condiciones como las psicosis con personalidades psicopáticas, las alucinaciones alcohólicas, etc., estaban relacionadas con las *dementia praecox*. Además pensaba que la mayoría de los pacientes nunca son hospitalizados por que sus síntomas no son suficientemente graves; es decir, son casos latentes" (Szasz, 1990:18).

2.1.6. Situación Actual

Según Szasz en la actualidad para la psiquiatría la esquizofrenia es considerada una manifestación de una enfermedad orgánica del cerebro, lo representa citando a Batchelor: “Ambos Kraepelin y Bleuler, creían que la esquizofrenia era resultado de una perturbación patológica, anatómica o química del cerebro” (Szasz, 1990:19).

Desde finales de los sesenta hubo una serie de factores que desencadenaron un cambio en el ámbito de los criterios diagnósticos. Debido principalmente a los estudios comparativos sobre la práctica diagnóstica en los EEUU., Inglaterra y otras naciones, los investigadores se encontraron con que algunos pacientes recibían diagnósticos distintos en países diferentes debido a diferencias teóricas y de concepto en los diferentes sistemas diagnósticos. Respecto a la esquizofrenia, los criterios utilizados en los EEUU y en la URSS eran más amplios a los utilizados en otras partes del mundo.

Junto con esto el desarrollo de tratamientos farmacológicos como los neurolepticos, los antidepresivos y el carbonato de litio, lo que hizo del diagnóstico un tema clínico importante. Si un paciente con un trastorno bipolar o con depresión era diagnosticado erróneamente de esquizofrénico por causa de atenerse a un concepto excesivamente amplio, podía verse privado del tratamiento más eficaz para su enfermedad y ser potencialmente condenado a un curso innecesariamente crónico de la misma. (Porter, 2003).

Este interés por la fiabilidad diagnóstica condujo a la creación de entrevistas estructuradas como el *Present State Examination* creada en 1974. Ya que los síntomas bleulerianos no se ajustaron a tales técnicas debido a su amplitud e imprecisión. En cambio, el uso de los delirios y alucinaciones como características definitorias ponía el énfasis en fenómenos claramente discontinuos de la normalidad y que son relativamente fáciles de identificar. El PSE ayudó a introducir los conceptos de Kurt Schneider y su énfasis en los síntomas de primer rango.

Dichas diferencias en los criterios diagnósticos impulsó a la psiquiatría a aunar criterios es así como desde 1952 la asociación psiquiátrica americana publicó la primera versión del *manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* DSM (siglas en inglés). Que desde entonces ha contado con innumerables versiones y revisiones. Hasta la última revisión del DSM IV-R del año 2000. (Porter, 2003).

Dichos intentos en aunar criterios representan además una convergencia en el énfasis sobre el curso de la enfermedad de Kraepelin, ya que los síntomas de la enfermedad han de haber estado presentes por lo menos durante seis meses; la importancia de los delirios específicos y las alucinaciones propuestas por Schneider; y el reconocimiento de la importancia de los síntomas bleulerianos fundamentales (el trastorno del pensamiento en forma de asociaciones laxas o incoherencia y el aplanamiento afectivo).

3. Cuadro Clínico de la Esquizofrenia

3.1. Manual Diagnóstico DSM-IV

Según el Manual Diagnóstico de Enfermedades Mentales (DSMIV), las características esenciales de la esquizofrenia son “una mezcla de signos y síntomas peculiares (tanto positivos como negativos) que han estado presentes una parte significativa de tiempo durante un período de 1 mes (o durante un tiempo más breve si ha habido tratamiento con éxito) y con algunos signos del trastorno que han persistido durante al menos 6 meses (Criterios A y C). Estos signos y síntomas están asociados a una marcada disfunción social o laboral (Criterio B). La alteración no es explicable por un trastorno esquizoafectivo o un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o a una enfermedad médica (Criterios D y E). Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad y la motivación y la atención. Ningún síntoma aislado es patognomónico de la esquizofrenia; el diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados a un deterioro de la actividad laboral o social”. (DSMIV, 1997:280).

3.2. Manual de Clasificación Internacional de Enfermedad Mental CIE 10

Según el CIE 10, la Esquizofrenia es un trastorno que “se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma. El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y pueden presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir, de forma a menudo bizarra, en los actos y pensamientos del individuo afectado. Este se siente el centro de todo lo que sucede”. (CIE 10, 2000:38).

3.3. Tipos de Esquizofrenia

3.3.1. Esquizofrenia Paranoide

“Es el tipo más frecuente de esquizofrenia en la mayor parte del mundo. En el cuadro clínico predominan las ideas delirantes relativamente estables, a menudo paranoides, que suelen acompañarse de alucinaciones, en especial de tipo auditivo y de otros trastornos de la percepción. Sin embargo, los trastornos afectivos, de la voluntad, del lenguaje y los síntomas catatónicos pueden ser poco llamativos”. (CIE 10, 2000:40).

3.3.2. Esquizofrenia Hebefrénica

“Forma de esquizofrenia en la que los trastornos afectivos son importantes, las ideas delirantes y las alucinaciones son transitorias y fragmentarias y es frecuente el comportamiento irresponsable e imprevisible y los manierismos. La afectividad es superficial e inadecuada y se acompaña con frecuencia de risas insulsas o sonrisas absortas como de satisfacción de sí mismo, de un modo despectivo de actuar, de muecas, manierismos, burlas, quejas hipocondriacas y de frases repetitivas. El pensamiento aparece desorganizado y el lenguaje es divagatorio e incoherente. Hay una tendencia a permanecer solitario y el comportamiento carece de propósito y de resonancia afectiva” (CIE 10, 2000:41).

3.3.3. Esquizofrenia Catatónica

“Presencia de trastornos psicomotores graves, que varían desde la hipercinesia al estupor o de la obediencia automática al negativismo. Durante largos períodos de tiempo pueden mantenerse posturas y actitudes rígidas y encorsetadas. Otra característica llamativa de este trastorno es la excitación intensa”. (CIE 10, 2000:42).

3.3.4. Esquizofrenia Indiferenciada

“Conjunto de trastornos que satisfacen las pautas generales para el diagnóstico de Esquizofrenia; pero que no se ajustan a ninguno de los tipos; o presentan rasgos de más de uno de ellos, sin que haya un claro predominio de uno en particular. Esta categoría deberá utilizarse únicamente para los cuadros psicóticos (excluyendo, pues, a la esquizofrenia residual, y a la depresión postesquizofrénica) y sólo después de haber intentado clasificar el cuadro clínico en alguna de las tres categorías precedentes”. (CIE 10, 2000:43).

3.3.5. Depresión Postesquizofrénica

“Trastorno de tipo depresivo, a veces prolongado, que surge después de un trastorno esquizofrénico. Durante él pueden persistir algunos síntomas esquizofrénicos, pero no predominan en el cuadro clínico. Estos síntomas esquizofrénicos persistentes pueden ser "positivos" o "negativos", aunque estos últimos son los más frecuentes”. (CIE 10, 2000:43).

3.3.6. Esquizofrenia Residual

“Estado crónico del curso de la enfermedad esquizofrénica, en el que se ha producido una clara evolución progresiva desde los estados iniciales (que incluyen uno o más episodios con síntomas psicóticos que han satisfecho las pautas generales de la esquizofrenia) hacia los estadios finales caracterizados por la presencia de síntomas "negativos" y de deterioro persistente, aunque no necesariamente irreversibles”. (CIE 10, 2000:43).

3.3.7. Esquizofrenia Simple

“Trastorno no muy frecuente en el cual se presenta un desarrollo insidioso aunque progresivo, de un comportamiento extravagante, de una incapacidad para satisfacer las demandas de la vida social y de una disminución del rendimiento en general. No hay evidencia de alucinaciones y ni de ideas delirantes y el trastorno es no tan claramente psicótico como los tipos hebefrénico, paranoide y catatónico. Los rasgos "negativos" característicos de la esquizofrenia residual (por ejemplo, embotamiento afectivo, abulia) aparecen sin haber sido precedidos de síntomas psicóticos claramente manifiestos. El creciente empobrecimiento social puede conducir a un vagabundeo, los enfermos se encierran en sí mismos, se vuelven ociosos y pierden sus objetivos”. (CIE 10, 2000:44).

4. Historia de la psiquiatría en Chile

4.1. Antecedentes Históricos

La esquizofrenia es una enfermedad que se ha investigado por siglos logrando avances en su etiología y tratamiento. El concepto actual de esquizofrenia corresponde a “alteración en el neurodesarrollo que culmina con la expresión clínica de psicosis en la adolescencia o adultez temprana”. (Porter, 2003).

La instauración de esta actual concepción en el ámbito médico en la realidad nacional ha contado con diferentes etapas sostenidas por la instauración del saber psiquiátrico, que se ha venido asentando con las características propias de nuestro desarrollo histórico general, como heredera del desarrollo de las producciones científicas extranjeras encontrando en la realidad nacional un nicho que ha ido a la par con dichos desarrollos.

Juan Marconi divide la psiquiatría chilena en tres etapas históricas:

- Etapa asilar. (1852-1952)
- Etapa Hospital Psiquiátrico. (1953-1970)
- Etapa salud mental Comunitaria. (1971).

Esta división emerge de estructuras concordantes de nuestro desarrollo histórico general. En la época de la colonia, si los perturbados mentales eran pacíficos se les encontraba vagando por la ciudad provocando la piedad de algunos, las risas y burlas de otros, en cambio, si provocaban actos antisociales se les recluía en las

cárceles, en los hospitales o en sus casas ya que no existían en Chile hospitales para enfermos mentales.

4.1.1. Etapa asilar.

En términos de un programa de salud mental, esta etapa concibe la asistencia como un simple y prolongado secuestro del paciente demente o psicótico desde el conglomerado social.

En 1852 se fundó en Santiago el primer establecimiento hospitalario en Chile “la Casa de Locos de Nuestra Sra. María de Los Ángeles”, ubicada en el barrio Yungay, Para la atención, asistencia y reclusión de los enfermos mentales, este establecimiento se denominó Casa de Orates. Pronto, el excesivo número de pacientes y la escasez de recursos crearon el abandono y la miseria.

Esta situación demarcó el principio de la potestad estatal sobre los recursos en salud mental. En 1858, el arquitecto Fermín Vivaceta construyó el actual establecimiento hospitalario. En 1860 se fundaron el Hospital El Salvador en Valparaíso y en 1887 el Hospital de Iquique.

Alrededor de 1910, debido al vergonzoso estado de la salud mental en Chile, aparece la necesidad de crear hospitales en el norte y en el sur del país, incorporando estrategias de puertas abiertas (Open Door) para la atención de pacientes crónicos.

En 1953 la Casa de Orates cambió parte de su estructura interna y tomó el carácter de hospital psiquiátrico. Los servicios de los crónicos mantuvieron la atmósfera asilar, que, entretanto fue copiada en las principales ciudades de provincias: Valparaíso, Concepción, Antofagasta, Talca, etc. Actualmente, el modelo asilar se mantiene como práctica institucionalizada en Chile.

4.1.2. Etapa Hospital Psiquiátrico.

En términos programáticos, esta etapa concibe la asistencia como tarea nacional, sin sectorización, incorporando técnicas psicoterapéuticas y psico-farmacológicas que permitan la atención externa.

Los hospitales psiquiátricos se caracterizan por ser vastos edificios que albergan a miles de pacientes. Estos hospitales se caracterizan por dar una imagen imponente y sórdida, comparables a prisiones o cuarteles que dejan una impresión poco reconfortante al observador. En los enfermos también generan influencias negativas; hacen que el paciente se sienta disminuido, impotente e insignificante frente al espacio.

4.1.3. Etapa salud mental Comunitaria.

Hasta los años '60 "la salud mental se había restringido en Chile a la atención psiquiátrica de los desordenes mentales, siendo la psiquiatría concebida como una especialidad de bajo rendimiento destinada fundamentalmente a aislar al individuo enfermo de su comunidad", (Fliman, 1972), cerca de los años '70 los cambios sociales experimentados en el país generan la conciencia del derecho de la población al acceso a la salud mental. Ya no sólo se refiere a los desordenes mentales sino que se abre a problemáticas más generales propias de la infancia y de la juventud, a saber; aprendizaje escolar, alcoholismo y drogadicción, por mencionar algunos. Fliman plantea en su artículo: "Análisis de la situación previa al programa nacional de salud mental de 1971" que esta puede entenderse como "El bienestar de la población y del desarrollo armónico de la personalidad de los individuos posibilitando su adaptación activa y participación organizada en el proceso de cambio social".

Durante la década del 60, la introducción de técnicas masivas de tratamiento psico-farmacológico y la evidencia de la necesidad la población de atención psiquiátrica, rompe el esquema institucional de hospitales, consultorios, etc., para plantear un desafío de fondo, la institución comienza a reorientarse a partir de la atención ambulatoria en la comunidad.

Se desprende que la salud mental tiene un doble campo de acción: uno más abarcativo, multisectorial, que se proyecta hacia toda la planificación y acción de gobierno en su aspecto de modificación de conducta, valores y actitudes, en

suma, al cambio socio cultural; y otro, más circunscrito, específico de salud, enfocado a la atención integral de los desordenes mentales y trastornos conductuales, en su aspecto de fomento, prevención, recuperación y rehabilitación.

Se plantea un traspaso de los programas desde la estructura institucional a la estructura de masas intracomunitaria, quedando las instituciones como elementos de apoyo y coordinación técnica. En términos de programa, la asistencia es concebida sectorialmente como tarea de líderes de la comunidad, personal de salud en general y el equipo de salud mental como coordinador de la acción. Es así como el panorama de la psiquiatría y los tratamientos cambiaron profundamente:

“No sólo se benefició a un gran número de enfermos, sino que cambió notablemente la atmósfera de las instituciones psiquiátricas. Muchos pacientes condenados a una reclusión permanente pudieron reintegrarse a la sociedad.”

(Silva, 1993:118).

4.2. La Psiquiatría en Chile, Situación Actual.

Como toda ciencia, la psiquiatría chilena muestra períodos de luz y de originalidad, y períodos callados en que todos se entregan a asimilar sin trasmutaciones lo venido desde afuera. La psiquiatría chilena evoluciona coordinada a la psiquiatría occidental.

La mejor calidad de vida de los enfermos se basa en su integración a la sociedad (basado en los derechos humanos) y en una desinstitucionalización de las instituciones establecidas para el desarrollo de la práctica e internación psiquiátrica. Para lograr estos objetivos se debe rehabilitar a los pacientes con el fin de lograr su integración y reinserción social.

En este contexto, de cambios en el abordaje de la salud mental en Chile, es que podemos hacer un paralelo entre el modelo tradicional y el nuevo imperante y en proceso de consolidación:

Modelo tradicional.

1. Carácter: asilar. Vigilar y castigar.
2. Institucionalización.
3. Relación vertical: médico-paciente
4. Hospitalización permanente.
5. Concepción y programas clínicos.

Modelo actual.

1. Carácter: terapia, aprendizaje, rehabilitación
2. Institución como parte de la terapia.
3. Relación horizontal: médico-paciente. intercambio, relación directa, integración.
4. Hospitalización diaria/ transitoria y programas de rehabilitación.
5. Concepción y programas rehabilitadores.

4.2.1. La Antipsiquiatría

La antipsiquiatría implica un proceso de transformación de los presupuestos desde los cuales se entendía la patología y la cura que implica giro reflexivo en torno a temáticas de control, libertad y poder. Sustentadas estas corrientes por distintas filosofías de cambio.

En Inglaterra desde 1940 algunos hospitales psiquiátricos “abren sus puertas” y establecieron comunidades terapéuticas. (Porter, 2003).

Algunos movimientos fueron más radicales, particularmente lo que se denominó “movimiento antipsiquiátrico” de particular auge entre las décadas de 1960 y 1970. Sus postulados eran variados y controvertidos, pero los unían concepciones en común, como que “la enfermedad mental no era una realidad objetiva de comportamiento o bioquímica sino una etiqueta negativa o una estrategia para lidiar con un mundo loco” (Porter, 2003:197).

Dentro de este movimiento los dardos apuntaban a la hospitalización involuntaria, que convertía a los pacientes en prisioneros. Tal como lo concibe Thomas Szasz, uno de los principales representantes en los Estados Unidos. Dentro de la misma línea figura Erving Goffman, sociólogo de Chicago, quien critica las instituciones totalizadoras. (Porter, 2003).

En el viejo mundo, en tanto, el liderazgo lo asumió Franco Basaglia que en Italia ayudó a gestionar la pronta clausura de los establecimientos. En Inglaterra Ronald Laing (1927-1989) influido por la filosofía de Sartre afirmaba “la locura no es

necesariamente sólo colapso sino también descubrimiento”. (Porter, 2003:197-198).

Como consecuencia de este movimiento, en todo el mundo se redujeron la población de internos y se clausuraron importante cantidad de asilos. Comenzaron los cuestionamiento acerca del bienestar de los ex-internos y el peligro a que corrían si no se sometían a una adecuada supervisión.

Según Porter, finalizando el siglo XX tanto el hospital psiquiátrico como el psicoanálisis ortodoxo Freudiano, ambos vinculados inextricablemente con la psiquiatría a mediados de siglo, quedaban igualmente desacreditados y en decadencia.

5. Visiones Psicológicas sobre el Fenómeno de la Esquizofrenia

Como ya lo expusimos la configuración del concepto de Esquizofrenia en su formulación ha estado determinada por diversos condicionamientos históricos-culturales, la Psicología como disciplina para confirmar su autoridad sobre la materia no ha estado exenta de dichos condicionamientos y reconocimiento la complejidad del tema ha generado una multiplicidad de enfoques, pasamos a exponer brevemente los postulados de los autores considerados más representativos.

5.1. Visión Psicoanalítica sobre el fenómeno de la Esquizofrenia

Freud (1993:155), realiza una distinción entre la neurosis y la psicosis planteando que “la neurosis es el resultado de un conflicto entre el yo y su ello, en tanto que la psicosis es el desenlace análogo de una similar perturbación en los vínculos entre el yo y el mundo exterior”. En la psicosis, en la alucinación específicamente, el mundo exterior no es percibido o la percepción de este carece de eficacia. En el nexo entre el yo y el mundo exterior es el ello quien es gobernado por el mundo exterior de dos formas; por las percepciones actuales, de las que siempre es posible obtener nuevas y por el tesoro mnémico de percepciones anteriores que forman, como “mundo interior”, un patrimonio y componente del yo”

De acuerdo a la teoría psicoanalítica sobre la psicosis, resaltan las siguientes distinciones: para el sujeto el mundo externo no es percibido, este rehúsa admitir nuevas percepciones, resta valor psíquico al mundo interno que sustituía al mundo externo como su copia, por lo que el yo se crea un nuevo mundo interno y externo donde el nuevo mundo se constituye no sólo en las proposiciones del deseo del ello, sino también a la base de una grave frustración que implicó la ruptura con el mundo exterior, en esta ruptura está implícita una denegación de un deseo por parte de la realidad.

Por otra parte, en la Esquizofrenia, el autor refiere que la apatía afectiva corresponderá a la pérdida de toda participación en el mundo exterior y el origen del delirio surge como “parche colocado en el lugar donde originalmente se produjo una desgarradura en el vínculo del yo con el mundo externo”. (Freud, 1993:157).

Así descubrimos que el origen de toda psiconeurosis o psicosis es siempre una frustración un no cumplimiento de uno de aquellos deseos de la infancia, eternamente indómitos, que tan profundas raíces tienen en nuestra organización comandada filogenéticamente. Esta frustración siempre es externa, “en el caso individual, puede partir de aquella instancia interna (dentro del super-yo) que ha asumido la subrogación del reclamo de la realidad” (Freud, 1993:146); en esta dinámica, lo patológico se produce cuando el yo es sometido por el ello, de esta manera se aparta de la realidad.

En síntesis Freud postula que la psicosis es el conflicto entre el yo y el mundo exterior. Este conflicto se plantea y se desarrolla en el espacio de lo intrapsíquico entregándonos luces acerca de lo psicótico y por ende de la Esquizofrenia.

5.2. Visión Sistémica del fenómeno de la Esquizofrenia

Uno de los conceptos directriz desde esta corriente es el de doble vínculo, del cual Bateson afirma que “el esquizofrénico responde simultáneamente a dos modos de comunicación distintos y contradictorios entre sí y en dos niveles de comunicación diferentes”. (Bateson, 1986:186), Agrega que “es la situación familiar la que lleva en última instancia, a que una persona enferme de esquizofrenia”. (Bateson 1986:142).

Dicha constelación familiar, para la emergencia de la psicopatología Esquizofrénica, debe desarrollarse con determinadas características, dentro de las cuales las principales dicen relación con el proceso de vinculación temprana entre la madre y el hijo. Al respecto Bateson afirma que el fenómeno se gesta paulatinamente cuando una madre experimenta dificultades para tramitar la angustia mediante el control de la proximidad y distancia entre ella y su hijo.

Es decir, si la madre comienza a sentir afecto y proximidad para con su hijo, comienza también a sentirse en peligro, y tiene que apartarse de aquél; pero no puede aceptar este acto hostil, y para negarlo tiene que simular afecto y cercanía. Lo que aquí importa es que su conducta amorosa es entonces un comentario de su conducta hostil (pues constituye una compensación para ella), y por consiguiente es un mensaje de orden diferente del de la conducta hostil: es un mensaje sobre una secuencia de mensajes. Sin embargo, por su naturaleza

misma niega la existencia de aquellos mensajes sobre los cuales versa, es decir, el retraimiento hostil. (Bateson, 1986).

La madre emplea las respuestas del niño para afirmar que la conducta de ella es de amor, y como la conducta de amor es simulada, el niño se ve colocado en una situación en la que no debe interpretar correctamente la comunicación de su madre, si es que desea mantener su relación con ella. En otras palabras, no debe discriminar correctamente entre los distintos órdenes de mensajes, en este caso la diferencia entre las expresiones de sentimientos simulados y los sentimientos reales. El resultado es que el niño se ve obligado a distorsionar sistemáticamente sus percepciones de las señales meta comunicativas.

Para Bateson esto significa que el niño tiene que engañarse a sí mismo respecto de su propio estado interno para apoyar a su madre en la ilusión. Para sobrevivir junto a ella, el niño tiene que discriminar falsamente sus propios mensajes internos, y al mismo tiempo, discriminar falsamente los mensajes de otros.

Por tanto la índole de la situación familiar de un esquizofrénico, caracterizada por el doble vínculo, termina colocando al niño en una topología contradictoria y angustiante en donde el infante se ve excluido de las relaciones íntimas y seguras con su madre. De esta manera, si él no realiza aproximaciones afectuosas hacia ella, esta sentirá que no es una madre cercana y emergerá la angustia como emoción supra reconocible y predominante, gestora de psicopatología.

5.3. Visión Post Racionalista del fenómeno de la Esquizofrenia

Desde la mirada cognitiva post racionalista, los síntomas psicopatológicos no son vistos como una entidad en sí mismos, es decir, como una entidad de conocimiento, sino como una forma de procesar un mismo significado personal, ya sea de forma normal, neurótica o psicótica.

Lo que se trata como normal, neurótico o psicótico es una modalidad de procesamiento de contenidos. Cada contenido depende del significado personal del sujeto. En este sentido, se puede decir que cada uno de estos elementos puede ser elaborado desde lo personal, referido así es un significado depresivo, fóbico, obsesivo o dápico.

Ruiz plantea que en el psicótico la integración esta interrumpida, es decir, el sentido de identidad personal no se advierte, no es unitario, lo que es percibido es algo que siempre queda fuera, es la falta de unidad sistémica e imagen consciente de sí mismo. A este respecto agrega que la falta de integración se manifiesta en dos grandes categorías: la falta de integración completa , es decir, algo se queda fuera como percepción crítica, la cual el paciente no logra incorporarla en su yo y se vuelve una alucinación, algo que se percibe como si le llegara al sí mismo desde afuera. (Ruiz, 1998).

Por otro lado, el delirio es un daño de integración en exceso, es algo que se desborda, que se tiene que exagerar, que tiene que inventarse para que de forma longitudinal pueda ser reconocido en el ciclo de la experiencia. El paciente que esta con una producción psicótica, no solo no tiene una imagen conciente unitaria de sí mismo en el momento, sino que también pierde el sentido de continuidad y coherencia de su vida pasada, se fragmenta en miles de individuos y uno a la vez.

6. Corriente Fenomenológica.

6.1. Antecedentes Históricos.

Para comprender los fundamentos de la corriente fenomenológica, es necesario conocer su recorrido histórico, en cuanto al papel que ha tenido las emociones en la historia de la filosofía. Al parecer desde el inicio de la filosofía las emociones ocupan un lugar secundario, son consideradas como vestigios de la razón, señales de impulsos que poseen un carácter difuso, y por tanto no difunde los principios fundamentales de la filosofía clásica, que pone al pensamiento y a la racionalidad, como ejes fundamentales de toda verdad.

Platón y también Descartes, postulan que las emociones tienen incapacidad de aportar al conocimiento verdadero, así emociones como el amor, el odio, son actos borrosos que nublan la claridad del pensamiento racional y que, por tanto, carecen de toda fuerza epistemológica.

De esta forma las emociones dentro de la filosofía clásica no aportan a la certeza del conocimiento, ya que el criterio para que este sea considerado como verdadero, tiene su exclusividad en el pensamiento o conocimiento matemático de ese entonces.

Sin embargo, a partir del siglo XIX, diferentes corrientes de pensamiento filosófico han puesto de manifiesto la debilidad de un compromiso exclusivo con el pensamiento racional y matemático. Así autores como Schopenhauer y Nietzsche profundizan en los aportes de la metafísica, abandonando las ideas de la razón o pensamiento matemático como elementos primordiales de la existencia humana.

Se comienza a preocupar por retomar el contacto con las emociones del ser humano, dando impulso para el análisis de Heidegger sobre la angustia y el aburrimiento, así como los estudios de Scheler sobre el sentimiento de la simpatía y el amor, ejes fundamentales de una fenomenología, que pone de manifiesto a las emociones como factores que atraviesan la existencia humana. (Gabás, 2002).

Heidegger postula el tema de lo afectivo, a través de su concepto de Dasein, desarrollado en el libro *Ser y Tiempo*, en el cual la existencia humana tiene la capacidad y una disposición afectiva (*Befindlichkeit*) de abrir un espacio de juego. El juego se entiende desde Heidegger como una “fuerza desveladora de este existencial de la afección”, (Heidegger. /Rivera, 1997:139); que nos explica que toda experiencia humana consta de un motor anímico que establece nuestra existencia humana.

De esta forma contempla que estados de anímicos como la angustia, el aburrimiento remite a situaciones en donde la existencia humana se pone en juego. En otras palabras, nos dicen de manera inmediata una situación vital, un

horizonte de experiencias, opiniones y deseos que nunca logramos objetivar, y que escapan a cualquier intento de determinación racional.

En este sentido, Heidegger retoma el tema de la disposición afectiva para mostrar cómo las afecciones fundamentales como la angustia y el aburrimiento, son bases para pensar la experiencia humana de ese entonces. Así el pensamiento, por tanto, es siempre pensamiento marcado por un estado de ánimo fundamental que acontece, es decir, que impregna el modo de pensar de una época histórica. (Gabás, 2002).

La historia del ser se puede entender como la sucesión de unos estados de ánimo fundamentales. Es por este motivo que Heidegger habla del ser en el mundo, ya que todo pensamiento tiene una correspondencia con un estado de ánimo fundamental y que representa nuestra manera de ser.

A su vez Scheler nos dice que toda vivencia se da en un convivir, dando importancia a la relación que se establece con un otro. Así, el conocer un contexto de una determinada colectividad, articula sus costumbres, valores y preferencias.

De esta forma Scheler toma el concepto de colectividad para fundamentar su teoría de la simpatía y del amor. Nos dice que el primer origen del amor está en la simpatía, y que esta última es el fundamento de toda relación interpersonal, facilitando la comprensión de las personas y crea una comunidad de sentimientos compartidos, es decir, revela la verdad del otro. Así, por ejemplo, experimentamos

simpatía por otra persona en la medida que forma parte de mi nacionalidad, mi colectividad, mi familia, mis amigos, pero sólo dentro de estos límites.

A diferencia el amor supera los límites de la simpatía y establece una relación profunda que sobrepasa los límites del sí mismo y la diversidad del otro. El amor, por tanto, no considera al otro como idéntico a uno mismo; más bien, tiende a sublimar a la persona amada. (Gabás, 2002).

Los aportes de Heidegger y Scheler son muy esclarecedores para comprender como se articulo el modelo fenomenológico, sin embargo no es hasta los aportes del filosofo Pascal que los actos emocionales funcionan a partir de un estatuto ontológico propio, considerando a los sentimientos como un rasgo fundamental del hombre.

El famoso pensamiento Pascaliano “El corazón tiene razones que el entendimiento no comprende” (Escudero, 2007:277), muestra que las emociones obedecen a una lógica propia diferente al pensamiento cerrado a la razón.

Según Pascal, “el corazón se mueve por sentimientos, la razón se guía por demostraciones” (Escudero, 2007:278). En otros términos, el corazón es capaz de conocer las verdades del alma, mientras que la razón es capaz de conocer las verdades de la naturaleza.

Como señala Scheler en sintonía con Pascal, “Me encuentro en un mundo enorme de objetos sensibles y espirituales, que ponen en perpetuo movimiento mi corazón y mis pasiones; sé tanto de los objetos que conozco por percepción o representación como todo lo que quiero, hago, amo y odio” (Escudero, 2007:367).

En definitiva, las leyes del corazón proporcionan una apertura afectiva del mundo que desvela las relaciones que establecemos con el sí mismo y con los otros; y que no es posible de explicar en términos de causa y efecto.

6.2. Fundamentos Teóricos.

Para desarrollar la presente investigación, es necesario saber desde donde nos situamos para comprender el fenómeno a estudiar. Por lo tanto lo primero es explicar la fenomenología desde un contexto teórico, para luego utilizarla en el análisis de nuestra investigación.

La Fenomenológica es considerada como método de investigación que usan las ciencias sociales; Se centra “*en el significado de la experiencia humana*”, busca “*la comprensión de las acciones en el contexto*” descubre las “*percepciones que tienen los sujetos del mundo*” y establece “*patrones interpretativos*”; Se basa en las manifestaciones orales y escritas de los sujetos “*para descubrir la estructura de los significados e iluminar la comprensión de las acciones*”; la idea es “*... hacer patentes las interpretaciones ocultas de los fenómenos y comprender las interpretaciones según los contextos de referencia*” (Buendía & Otros, 1997:232 – 234).

A través del proceso investigativo “*los significados son explorados con los participantes hasta que se ilumina una determinada forma interpretativa.....las investigaciones fenomenológicas estudian las vivencias de las personas, se interesan por las formas en que las personas experimenta su mundo, qué es lo significativo para ellos y cómo comprenderlo*” (Buendía & Otros, 1997:231). Por tanto los investigadores desde esta teoría “*exploran antecedentes y recogen intensivas y exhaustivas descripciones de sus interlocutores*”. Estas descripciones

se someten a un proceso de cuestionamiento del que emergen nuevos temas. Los resultados comunes y únicos en los individuos estudiados permiten al investigador extraer la esencia del fenómeno. El resultado es una descripción de la estructura general del fenómeno estudiado". (Buendía & Otros, 1997:231).

Abordar nuestra investigación desde este marco teórico, implica abordar el fenómeno u objeto de estudio en su más pura esencia a través de la experiencia misma del hombre, evitando las presuposiciones conceptuales; es decir; la fenomenología es la investigación sistemática de la subjetividad (Taylor & Bogdan, 1987).

La fenomenología pone el “*énfasis sobre los individuos y sobre la experiencia subjetiva. Su meta es estudiar el mundo tal y como se manifiesta en el pensamiento consciente.*” (Buendía & Otros, 1997:229-230). Esto es precisamente lo que nos proponemos al considerar la preeminencia en la experiencia de las personas usuarias en instancias de trabajo terapéutico en el contexto del Hospital Día para Adolescentes de Pudahuel.

7. Abordaje Histórico del tratamiento de la Esquizofrenia en Chile.

7.1. Reforma de Salud Mental y Psiquiatría.

La reforma puede definirse como un movimiento político-doctrinario iniciado después de la Segunda Guerra Mundial, que generó cambios profundos en el tratamiento de las enfermedades mentales. Se produce la desinstitucionalización de los pacientes crónicos encerrados en los manicomios. A esto se suma los avances de la psicofarmacología y leyes especiales, como el Acta de Salud Mental promulgada durante el gobierno de Kennedy en EEUU, la Mental Health Act inglesa (1959) y la ley General de la Reforma del Sistema Sanitario en Italia (1978).

Todas estas leyes se centran en prevención de Enfermedades Mentales a nivel comunitario, a cargo de un equipo multidisciplinario, teniendo como objetivo principal la no estadía de personas con Trastornos Psiquiátricos Severos en los Hospitales Psiquiátricos. También se privilegia que los servicios psiquiátricos de Hospitales generales promuevan la corta estadía, remitiendo sus servicios solo a los casos más crónicos.

En Chile, la *Reforma Psiquiátrica*, se inicia a partir del año 2000, la que se ve realizada en el *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría* (Minsal, 2004), en el que uno de sus objetivos concuerda con la prevención y la corta estadía de personas con trastornos psiquiátricos severos en los recintos hospitalarios.

El camino para la ejecución del *Plan Nacional de Salud Mental* no fue fácil, ya que tuvo que haber cambios significativos tanto en la legislación, con respecto a la Salud Mental, como también a nivel social, por lo que la labor en su inicio tenía que ver con una sensibilización de las familias y profesionales que trabajaran con personas afectadas de trastornos mentales severos, ya que uno de los pilares de la Reforma de Salud Mental promueve el trabajo en conjunto.

Lo que se pretende es pasar de un sistema centrado en la atención en los hospitales psiquiátricos a otro enfocado en la red salud mental, esto implica “descentralización en 28 servicios de salud, tratamiento comunitario, prevención de recaídas (mediante monitoreo y psicoeducación), organizaciones de familiares y usuarios, consientes de sus derechos y deberes y la existencia de una de atención primaria, equipos de salud mental multidisciplinarios y servicios de psiquiatría en hospitales generales” (Minsal, 2004).

A su vez las personas con Trastornos Psiquiátricos Severos, también recibirán un apoyo psicosocial, que contempla inserción social y laboral.

Por último, la Reforma de Salud Mental, el 2001 contempla un nuevo *Reglamento de Internación en Establecimientos Psiquiátricos* y la creación de la *Comisión de Protección de las Personas con Enfermedad Mental* (Minsal, 2004). Lo que explica, una importancia exclusiva en los derechos de las personas hospitalizadas, regulación de tratamientos consentidos y no consentidos. En el caso de la *Comisión*, están integradas por expertos en salud mental, representantes de

organizaciones de usuarios y familiares y del mundo “legal, académico, ético y espiritual” (Minsal, 2004). Esto último es bastante innovador, ya que promueve la propiedad de las personas con trastornos psiquiátricos severos, haciéndolos partícipes de su proceso de tratamiento, fiscalizando su atención y exigencias de una buena calidad de atención.

Con respecto a los dispositivos de salud mental, la red de atención en Salud Mental trabajara por territorios y pretende solucionar las falencias detectadas a nivel de tiempo de espera en la atención psiquiátrica, la necesidad de una política de salud mental para niños y adolescentes, la legislación que proteja los Derechos Humanos de las personas con Trastornos Psiquiátricos Severos.

7.2. Políticas Públicas de Salud Mental para la Esquizofrenia.

Para nuestra investigación, las Políticas Públicas de Salud Mental tienen como objetivo promover el bienestar y la Salud Mental de las personas usuarias. Además, contribuye a que los familiares y entorno más cercano se involucren en el proceso de tratamiento de la persona diagnosticada, con el fin de desarrollar la participación y el aprender a vivir con el trastorno.

En este sentido las intervenciones, desarrollan el trabajo en red y apoyo multidisciplinario, con el objetivo de propiciar entornos más familiares, para la persona usuaria. De esta forma, el trabajo en red apoya la idea de cobertura y participación de los familiares, previniendo el abandono de tratamiento y la falta de participación de los familiares en el proceso de tratamiento. (Minoletti & Zaccarí, 2005).

El Programa para el tratamiento de la Esquizofrenia según Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría se inicia en el año 1999, para acoger los problemas de las personas, en los cuales había intolerancia a los tratamientos convencionales o el diagnóstico de Esquizofrenia no había sido establecido oportunamente.

Así, el tratamiento de la Esquizofrenia según Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, *“se basa en estrategias comunitarias y en la atención ambulatoria de las personas con esquizofrenia mediante equipos multidisciplinarios, hospitales de día, unidades para la rehabilitación psicosocial y hogares protegidos”*. (Minoletti & Zaccarí, 2005:353).

De esta forma, en el año 2004, *“alrededor de 12 000 personas participaban en el programa y 7 500 de ellas recibían fármacos de última generación”*. (Minoletti & Zaccarìa, 2005:353). Y también, comenzó a regir un *“esquema de atención a personas que presentaban su primera manifestación de esquizofrenia, a fin de garantizar su acceso a una atención sanitaria oportuna y de calidad”*. (Minoletti & Zaccarìa, 2005:354).

De este contexto surge el enfoque comunitario y su implementación se toma en consideración desde las Políticas de Salud Mental a partir del año 1999. Ya que, *“existe evidencia que la estrategia basada en redes de atención que integren en forma coherente todos los dispositivos necesarios, desde el tratamiento hospitalario intensivo hasta dispositivos intracomunitarios de apoyo, optimizan la utilización de los recursos y mejoran significativamente las consecuencias del trastorno y la calidad de vida de las personas”*. (Ministerio de Salud, 2000:3).

7.3. Psiquiatría Comunitaria.

Comprendemos el enfoque comunitario, sitúa a la Adolescencia como punto de partida de las primeras manifestaciones perceptibles de la Esquizofrenia. Esto último para dar cuenta, que las intervenciones tienen como objetivo, detectar lo antes posible el inicio del trastorno, ya que la Adolescencia es una etapa, *“en la cual se está consolidando su relación con los demás y con el mundo y se está definiendo el proyecto de vida propio”*. (Ministerio de Salud, 2000:8).

En este sentido, para el enfoque comunitario es importante tener un pronóstico de la persona, respecto a su contexto sociocultural, ya que este será un factor crucial, en el proceso de tratamiento del trastorno. Así, *“el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno son las bases sobre las cuales es posible la recuperación”*. (Ministerio de Salud, 2000:8).

Además, el modelo de atención comunitario, *“es considerado por muchos investigadores como el mejor modelo para la atención de trastornos psiquiátricos, tanto desde el punto de vista ético como terapéutico”*. (Minoletti & Zaccaría, 2005:348). Además, la aplicación de la psiquiatría comunitaria, *“ha demostrado que los factores biológicos explican solo parcialmente la etiopatogenia de los trastornos psiquiátricos, ya que algunos factores psicosociales condicionan su aparición y duración mediante una compleja interacción entre la persona, su entorno social inmediato y sus antecedentes”*. (Minoletti & Zaccaría, 2005:348).

Desde nuestra perspectiva, el enfoque comunitario tiene como estrategia, acercar la comunidad a informarse sobre los trastornos mentales, así como su cobertura. Esto promueve participación comunitaria, según al área geográfica de las personas diagnosticadas, como también de su cobertura en cuanto a sus necesidades. (Ministerio de Salud, 2000).

De esta forma, el eje de este enfoque comunitario, según comprendemos, se basa en el trabajo en red, tanto de la comunidad, la familia y recintos en los cuales se imparten los tratamientos, como son los Hospitales de Día, Hogares Protegidos; Cosam, Hospitales, etc. Esto último hace que la red de Salud Mental y Psiquiatría funcione por territorios, mejorando los tiempos de espera y el pronto tratamiento de las personas diagnosticadas de Esquizofrenia, favoreciendo estrategias de promoción y prevención; y fortalecimiento los servicios de atención primaria, que eran sobrepasados por las consultas, en cuanto a problemas de Salud Mental. (Minoletti & Zaccarías, 2005).

7.4. Plan Auge para la Esquizofrenia.

Comprendemos así, que el Plan auge es una iniciativa, que emerge de una falencia del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, referido a la cobertura y al tratamiento oportuno de la Esquizofrenia. Su objetivo principal es la *“mejoría sustancial de los síntomas y la recuperación funcional con el acceso oportuno a un tratamiento adecuado a partir del primer episodio de esquizofrenia”*. (Minsal, 2004: 2).

En este sentido, uno de los modos de intervención promueve la prevención, a través de la confirmación diagnóstica, realizada por un equipo especializado, que concibe al tratamiento de la Esquizofrenia como una intervención de carácter integral. Este tratamiento integral *“incluye intervención farmacológica, Psicoeducación, intervenciones familiares, intervenciones terapéuticas, y rehabilitación psicosocial”*. ”. (Minsal, 2004:2).

A su vez, el Plan Auge también define que la confirmación diagnóstica y las características socio culturales, será un criterio a considerar para las eventuales intervenciones, que van desde *“un programa de tratamiento ambulatorio, hospitalización diurna y/o hospitalización completa de corta estadía”*. (Minsal, 2004:6).

Así, el tratamiento debe *“privilegiar en todo momento las intervenciones ambulatorias, restringiendo al máximo, y sólo para fines específicos, las hospitalizaciones”*. (Ministerio de Salud, 2000:12-13). Al referirse a los fines específicos, expresa la preocupación que tiene el modelo comunitario, a que la intervención y el tratamiento de la Esquizofrenia, no solo dependan de los síntomas y signos propios del trastorno, sino que además, se considere la particularidad de cada persona, como son las actividades de la vida diaria, el desempeño de roles sociales y su historia de vida. (Minsal, 2004).

Por último, el Plan Auge también contempla que tanto para la persona que ha sido diagnóstica, como su familia, tengan derecho a obtener información acerca del estado actual de salud, y solicitar informes al respecto, ya que el tratamiento contempla la necesidad de apoyo familiar y psicosocial, con el objetivo de mejorar las actividades de su vida cotidiana y la participación social. (Ministerio de Salud, 2000).

Para nuestra investigación, es fundamental decir que *“en la actualidad no existe cura para el trastorno, sin embargo el tratamiento integral puede disminuir la morbilidad, mortalidad y discapacidades asociadas con la esquizofrenia”*. (Ministerio de Salud, 2000:12-13).

De esta forma, los objetivos generales de un tratamiento integral, no solo están orientados a la disminución de los síntomas de la Esquizofrenia, sino también a mejorar el funcionamiento psicosocial de estas personas. (Ministerio de Salud, 2000). Es por esto, que el conocimiento de las experiencias, en instancias de trabajo terapéutico son necesarias para el tratamiento integral, ya que el modelo comunitario supone abordar la globalidad de las dimensiones de la vida de la persona diagnosticada. (Ministerio de Salud, 2000).

Para nuestra investigación lo anterior se resume en los actuales recintos de carácter ambulatorio, ya que son instituciones que promueven el tratamiento integral de la Esquizofrenia basado en el enfoque comunitario de la Psiquiatría.

Esto supone, que la creación de Hospitales día, hogares protegidos, reúnen las condiciones óptimas para un tratamiento integral, ya que cumplen con la normativa de salud y están orientados a atender al trastorno desde una visión comunitaria, ya que integra el uso de fármacos, Psicoeducación y Rehabilitación Psicosocial. (Minsal, 2004).

De esta forma, uno de los recintos que para nuestra investigación es relevante, es el Hospital día para Adolescentes de Pudahuel, ya que es un programa que se inscribe *“en una mirada clínico-comunitaria, lo que tienen implicancias en el modelo y comprensión de las psicopatologías”*. (Propuesta Técnica Implementación Hospital día, 2007: 3). Lo clínico-comunitario, supone para

nuestra investigación, una concepción contemporánea en cuanto al tratamiento de la Esquizofrenia, ya que reafirma el modelo comunitario de atención en Chile, e integra la preocupación por abordar las necesidades de las personas usuarias, dando importancia a su discurso.

8. Hospital Día y abordaje de la Esquizofrenia

8.1. Antecedentes Históricos Hospitales Días.

El año 1932 en Moscú habría iniciado su funcionamiento el primer hospital diurno, para la rehabilitación de personas diagnosticadas de Esquizofrenia. Las razones que llevaron a desarrollar esta nueva modalidad de tratamiento habrían sido que, a comienzos de la década del '30 en la Unión Soviética, el incremento de los procesos de industrialización habría significado una mayor población urbana y una mayor atención y demanda por mano de obra.

Con respecto a la salud mental, el interés se centró en desarrollar un sistema extrahospitalario. Dzhagarov, quien fuera médico jefe del primer hospital psiquiátrico de Moscú, planteó en un artículo de 1937 una solución de “hospitalización semipermanente” en la cual planteo “la necesidad extrema de camas y la sobrepoblación de nuestro hospital”. (Olivos, 1985:24).

Este Hospital de Día fue concebido y organizado para el trabajo terapéutico y su misión consistía en “resocializar a los enfermos y reintegrarlos a la vida cotidiana” (Olivos, 1985:24).

8.1.1. Antecedentes Norteamérica

“El primer Hospital de Día del mundo occidental fue fundado en 1946 por el Dr. D. Ewen Cameron, en el Servicio de Psiquiatría del Hospital General Allan Memorial Institute de Montreal” (Bahamondes, 1998:1).

Como antecedentes podemos señalar a la Segunda Guerra Mundial, la cual habría abierto la puerta a importantes avances en el área de la terapia ambulatoria de emergencia.

Cameron considera al Hospital de Día como una alternativa de tratamiento paralela a la hospitalización completa y como un sistema terapéutico orientado a todos los pacientes que no requirieran una hospitalización completa, por un comportamiento perturbador, que fuesen capaces de asistir regularmente y seguir viviendo en su casa durante el tratamiento.

Desde un principio señaló que “los principales métodos terapéuticos utilizados en el Hospital Día son los psicoterapéuticos”, (Olivos, 1985:24).

8.2. Desarrollo en Chile.

En Chile existirían antecedentes de tratamiento llamadas Hospitales de Día desde 1965 en Temuco (Cordero, 2001), en el Hospital Psiquiátrico de Santiago en dos períodos, iniciados en 1972 y 1979, encabezados respectivamente por los Dres. Enrique París y Patricio Olivos, y en la Clínica Psiquiátrica Universitaria, de la Universidad de Chile, desde 1975. El resto de los Hospitales de Día habrían surgido con posterioridad a 1990 (Minsal, 2004:2).

Según el Plan Nacional de Psiquiatría y Salud Mental (Minsal, 2004) define al Hospital Día “como alternativa a la hospitalización para pacientes con enfermedades graves y que cuentan con red social de apoyo y como post alta para acortar el tiempo de internación. Reciben los pacientes derivados por el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria y del servicio de psiquiatría de corta estadía”. “Se agrega que debiera existir 1 plaza por cada 10.000 a 14.000 adultos beneficiarios, y se le incluye entre los dispositivos que deben entregar prestaciones a personas afectadas por Esquizofrenia. Además, se precisa que tiene dependencia administrativa de una Unidad Clínica de Psiquiatría y Salud Mental Ambulatoria o de un Servicio Clínico de Psiquiatría” (Minsal, 2004:3).

A partir del 2001, la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud, desarrolla el documento preliminar “Normas para el Funcionamiento de Hospitales de Día en Psiquiatría”, el cual define a éste como “un dispositivo o unidad clínica psiquiátrica, especializada, que forma parte de la Red Territorial de Servicios en Salud Mental y

Psiquiatría, relacionándose del modo más expedito posible con los otros dispositivos o unidades de esta Red” (Minsal, 2004:6).

Además se señala que su elaboración “conjuga objetivos de salud pública y de carácter clínico. Entre los primeros está contribuir a la consolidación de un Modelo de Atención que enfatiza la resolución integral, ambulatoria y territorializada de los problemas de salud mental y psiquiatría, con dispositivos articulados en Redes de Servicios. Sus objetivos clínicos son el tratamiento y rehabilitación de personas con enfermedades psiquiátricas severas que requieren manejo en el período de agudización de su sintomatología o se encuentran en transición desde una hospitalización breve hacia una atención plenamente ambulatoria e idealmente sectorizada” (Minsal, 2004:6).

Los objetivos planteados por las “Normas para el Funcionamiento de Hospitales de Día en Psiquiatría” (Minsal, 2004:7) son:

Objetivos Generales:

- Contribuir a reducir el estigma que tienen las personas con trastornos psiquiátricos severos (TPS).
- Favorecer la continuidad de cuidados en el ámbito comunitario de la persona.

9. Hospital Día para Adolescentes de Pudahuel.

El modelo de implementación del Hospital día para Adolescentes, contempla 14 plazas para personas usuarias, derivados de la red de Salud Metropolitana Occidente, específicamente del Hospital Félix Bulnes, Centro de Referencia DR salvador Allende, Cosam de Lo Prado, Pudahuel.

El diseño de la propuesta del Hospital Día para Adolescentes de Pudahuel, se centra como una propuesta de atención ambulatoria “que acoge patologías severas y pretende la estabilización de las mismas, en el marco de un tratamiento institucional”. (Propuesta Técnica Implementación Hospital día, 2007:3).

Además, el programa implementa el tratamiento integral de personas usuarias y un conjunto de actividades que permite un modelo de atención ambulatoria para estas personas. (Propuesta Técnica Implementación Hospital día, 2007).

Su población, son Adolescentes entre 12 a 18 años diagnosticados con trastornos Psiquiátricos Severos, derivados de la red de Salud Metropolitana Occidente, en el marco del Protocolo Auge, sobre el tratamiento de personas diagnosticadas con primer episodio de Esquizofrenia. . (Minsal, 2004).

Considerando que es un recinto de atención para personas usuarias, su marco de referencia se basa en *“concepciones contemporáneas acerca de lo psicopatológico en las cuales se ponen en relación no sólo los aspectos médicos-sintomáticos de los cuadros y trastornos psicopatológicos sino también se integran miradas y elaboraciones que amplían estas concepciones tradicionales desde lo puramente individual hacia la complejidad de lo social”*. (Propuesta Técnica Implementación Hospital día, 2007:3).

En cuanto a la propuesta asistencial el Hospital Día para Adolescentes de Pudahuel, *“sostiene una concepción particular de la patología mental severa, que implica pensar la afección como una psicopatología del lazo social”*. (Propuesta Técnica Implementación Hospital día, 2007:3).

De este modo el Hospital Día para Adolescentes de Pudahuel, considera a la persona usuaria desde su particular forma de *“Estructura Psíquica”*, la cual determina la forma que tiene para relacionarse con los demás. Y además dispone de un dispositivo abierto a la comunidad, favoreciendo en contacto social y el grado de pertenencia de la personas usuaria. (Propuesta Técnica Implementación Hospital día, 2007).

Lo último, es de interés para nuestra investigación, ya que el Hospital Día para Adolescentes, reúne el modelo de atención comunitario, e integra la reflexión constante sobre la dificultades de de la vida social, familiar, y situaciones de la vida cotidiana de la persona usuaria. Esto supone un eje importante de referencia,

ya que es una institución en el cual la opinión de la persona es de interés para pensar su psicopatología. (Propuesta Técnica Implementación Hospital día, 2007).

IV. Marco Metodológico

1. Enfoque Metodológico

Nuestra investigación será definida desde una perspectiva cualitativa. Esta investigación implica “*un enfoque interpretativo, naturalista hacia su objeto de estudio*” (Denzin & Lincoln, 1994:32). Esta forma de investigación se caracteriza por estudiar la realidad desde un enfoque holístico, que considera al contexto como natural.

Esto supone contextualizar el enfoque cualitativo, desde el paradigma de la indagación constructivista. Este supuesto está basado en el conocimiento de las comunidades, manteniendo los significados simbólicos que le atribuye. La lógica de este paradigma comienza con la experiencia “que se trata de interpretar en su contexto y bajo los diversos puntos de vista de los implicados. No se buscan verdades últimas sino relatos. El diseño está abierto a la invención; la obtención de los datos al descubrimiento; y el análisis a la interpretación”. (Valles, 2003:56).

Esto supone que todo objeto de estudio será posible de interpretar, describir y dar sentido, considerando la realidad tal como ocurre, respetando las experiencias y significados que las personas le asignan a diferentes sucesos. Esto último para nuestra investigación es muy importante, ya que da cuenta de las experiencias de los usuarios en el contexto del Hospital Día para Adolescentes de Pudahuel, como un recurso válido de interpretación.

Por otra parte, para nuestra investigación el estudio cualitativo es necesario ya que la persona usuaria adoptará un rol protagonista, ya que permitirá captar y describir las experiencias, desde sus propias palabras y discursos.

Como vemos, el estudio cualitativo requiere flexibilidad, capacidad de adaptarse en función de la realidad a investigar. Además, el objetivo de la presente investigación está enfocado a conocer y describir las experiencias de las personas usuarias, por lo tanto su participación se hace necesaria para el uso de una metodología que permita describir su experiencia.

Por otra parte, la metodología cualitativa, concibe el conocimiento como una construcción, a partir de los significados que las personas dan a los sucesos. Así la comprensión es considerada como método de conocimiento que accede a la experiencia de las personas. *“Así, conocer un fenómeno social, es conocer lo que este ‘es’ para los propios sujetos, es observar como estos lo observan, conocer como éstos lo conocen”* (División de Organizaciones Sociales, 1996:8).

Por lo tanto, para esta metodología, existen múltiples realidades construidas por las distintas personas, respecto se su experiencia y perspectiva sobre un suceso. Esto nos permite definir en nuestra investigación que la persona usuaria define su realidad como una configuración de los diferentes significados ante determinadas experiencias, desde su perspectiva, marco de referencia y a través de su discurso.

Para finalizar debemos señalar, que la metodología cualitativa, es sensible frente a la participación del investigador con su objeto de estudio, ya que comprende que toda interacción de estas personas se realiza en un contexto natural y no intrusivo, valorando todas las perspectivas, ya que su eje central de análisis es la comprensión y/o descripción de las experiencias de las personas.

De esta forma la pertinencia de la utilización del método cualitativo en nuestro estudio, permite acceder al conocimiento de la experiencia a través del análisis de los discursos de las personas usuarias a entrevistar. Así, el uso de tales técnicas facilita la identificación de la experiencia que estos experimentan desde su particularidad.

En síntesis, como una forma de sistematizar o expuesto referente a la metodología cualitativa Taylor y Bogdan nos ofrecen 10 elementos que le son propios

1. Carácter inductivo de la investigación cualitativa. Se desarrolla la comprensión del fenómeno y la generación de los conceptos a partir de datos obtenidos en terreno, por tanto no se intenta evaluar hipótesis o teorías preconcebidas.
2. La visión holística de la investigación cualitativa. El fenómeno estudiado no es aprendido en forma aislada, se contextualiza considerando aspectos implicados de su presente, pasado y futuro.

3. Desde este enfoque el investigador debe ser sensible a la influencia que causan sobre las personas estudiadas. Esta influencia intenta controlar, reduciéndola e identificándola, de tal manera de considerarla al momento de la interpretación de los datos.

4. La preeminencia esta puesta en la comprensión de la persona estudiada dentro del marco de referencia de ella misma.

5. El investigador cualitativo parte desde una visión ingenua al fenómeno a investigar, es decir que suspende o aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones.

6. El investigador cualitativo se orienta por una comprensión detallada de las perspectivas de otras personas, considerándolas igualmente validas.

7. Los métodos cualitativos son humanistas por lo que abarcan la comprensión del ser humano en su totalidad.

8. la investigación cualitativa centra su validez en una forma investigativa sistemática conducida con procedimientos rigurosos, aunque no necesariamente estandarizados. El énfasis esta puesto en asegurar un estrecho ajuste entre los datos y lo que la persona realmente dice y hace.

9. Todo fenómeno humano es considerado singular, único e irrepetible, propio de cada persona o grupo. Por lo que todo aspecto humano es de potencial interés investigativo.

10. Los investigadores cualitativos son flexibles en cuanto al modo en que intentan conducir sus estudios, en este sentido los métodos sirven al investigador; nunca es el investigador el esclavo de un procedimiento o técnica.

2. Tipo y diseño de investigación

La presente investigación corresponde a un estudio de tipo exploratorio descriptivo, ya que pretende conocer y describir a través del discurso, las experiencias de los usuarios en el Hospital día para Adolescentes de Pudahuel.

El carácter exploratorio de la investigación se basa en que no existen estudios referidos a las experiencias de las personas usuarias sobre instancias de trabajo terapéutico con distintos profesionales en el contexto Hospital día para Adolescentes de Pudahuel. Y a su vez el carácter descriptivo se fundamenta, en que la investigación señala que todo estudio referente a este modelo *“consiste fundamentalmente, en caracterizar un fenómeno o situación concreta, indicando sus rasgos más peculiares o diferenciados”* (Ander-Egg, 1979:61).

Por lo tanto investigar las experiencias de personas usuarias sobre las instancias de trabajo terapéutico con distintos profesionales en el contexto del Hospital día, es de gran ayuda para describir dichas experiencias.

Además debemos señalar que la investigación posee un diseño no experimental, ya que no modificaremos de forma intencional las categorías de análisis, sino que se realizaran entrevistas en profundidad con las persona usuarias en su ambiente natural, para después describirlas. Esto último se resume en que todo estudio no experimental supone observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos (Hernández, 2003).

Debemos señalar que el tipo de diseño no experimental en nuestra investigación supone un estudio transaccional, ya que este recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir sucesos y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández, 2003).

Finalmente consideramos que es necesario señalar, que los estudios de este tipo no pretenden alcanzar conclusiones o hipótesis definitivas respecto del tema investigado, ya que siendo coherente con la metodología y el marco teórico escogido de nuestra investigación, el interés radica en conocer a través de su discurso las experiencias de las personas usuarias.

3. Delimitación del campo a estudiar.

En la presente investigación, el universo con el que se trabajará, corresponde a 14 personas usuarias, que reciben tratamiento ambulatorio en el Hospital día para Adolescentes de Pudahuel.

Las edades de los usuarios tanto de sexo femenino como masculino fluctúan entre los 12 y 18 años, pertenecientes a las comunas de Pudahuel, Lo Prado y Cerro Navia.

Además las características de los usuarios concuerdan que en su mayoría pertenecen a un nivel socio económico bajo, y que su escolaridad ha sido interrumpida con el diagnóstico de algún trastorno mental severo. Así, en su mayoría los usuarios cuentan con enseñanza básica completa y media incompleta.

4. Descripción de la muestra

La muestra para nuestra investigación será de tipo no probabilista o muestra dirigida, esto porque el criterio de selección de las personas usuarias será intencional, informal y arbitrario.

En este sentido, seleccionaremos un número de personas usuarias, considerando su particularidad, ya que según el enfoque cualitativo de nuestra investigación, todo usuario tiene el mismo valor como fuente de información.

Además, la particularidad del tipo de investigación no probabilista, supone una ventaja al considerar un diseño metodológico de carácter no experimental, ya que *“la elección de los sujetos no depende de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, sino de la decisión de un investigador o grupo de encuestadores”* (Hernández, 2003:327).

De esta forma al considerar el carácter exploratorio de nuestra investigación, el proceso de selección de las personas usuarias, será en función de aquello que consideremos más representativo y que explique mejor nuestra intención como investigadores. En el caso de nuestra investigación nos circunscribiremos a la entrevistas de cuatro usuarios.

5. Técnicas e instrumentos de recolección de la información:

Según lo explicitado en el enfoque metodológico referido a los planteamientos en que se basa la investigación cualitativa, podemos consignar que para la misma no existe una realidad única, la realidad se basa en percepciones, es diferente para cada individuo y es cambiante con el tiempo y que aquello que conocemos tiene significado solamente en una situación o contexto dado (Burns & Grove, 2005).

Asegurando el compromiso con estos planteamientos en el abordaje de nuestra investigación, consideramos que la técnica mas apropiada es la entrevista en profundidad. La cual la entenderemos según la siguiente definición; *“reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, estos encuentros se encuentran dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como lo expresan en sus propias palabras”* (Taylor & Bodgan, 1986:69).

Dicha técnica nos permite solicitar información a una persona o un grupo, referente a una determinada problemática de interés investigativo mediante la interacción verbal, implica además un acceso privilegiado a la información desde los propios protagonistas, vale decir los usuarios del Hospital Día para Adolescentes de Pudahuel.

También debemos definir el carácter de la entrevista en profundidad, ya que según Valles estas también pueden ser llamadas “entrevistas de investigación” (Valles, 2003:183).

Esta forma de entender la entrevista en profundidad o también llamada semi-estructurada, nos da cuenta que no existe una única forma de aplicarla, sino que tiene distintos matices y objetivos dependiendo de la investigación.

De este modo, para nuestra investigación emplearemos específicamente como técnica la entrevista en profundidad “*estandarizada no programada*” (Valles, 2003:187), basada en un guión y cuyas características son la “*preparación de guión de temas a tratar (y tener la libertad del entrevistador para ordenar y formular las preguntas, a lo largo de la entrevista)*” (Valles, 2003:180).

El autor señala además que esta técnica es la que mas se asemeja a una conversación coloquial, no obstante difiere de esta al contar con un guión y seguir determinadas directrices orientadoras como son; la preeminencia en la escucha atenta de las respuestas del entrevistado y el animarlo a expresarse sin contravenirlo. (Valles, M. 2003).

Este instrumento ha sido caracterizado como no directivo, no estructurado, no estandarizado y abierto. En este sentido, se adecua a nuestro enfoque metodológico cualitativo y a los aspectos que necesitamos conocer de las personas usuarias seleccionados en la muestra.

Respecto a las características de la entrevista “*estandarizada no programada*” (Valles, 2003:187), esta señala que la estandarización se hará en función del lenguaje de la persona usuaria; no hay un orden rígido o preestablecido, sino que más bien se ordenan en función de las necesidades de cada uno de los usuarios a entrevistar.

Podemos señalar que el objetivo de este tipo de técnica es la obtención de material, cuya profundidad psicológica permita hacer visibles actitudes, motivaciones, sentimientos, percepciones que en una conversación informal no se producirían de esta forma. En este sentido, y dado que los objetivos de la investigación así lo ameritan, las actitudes ante el entrevistado debiese ser de interés abierto por el entrevistador, sin prejuicios, sin intervención o con ánimo directivo, la comprensión por el persona en su propio mundo y formas de expresarse, pero finalmente controlando las variables de la situación para no perder la objetividad. (Serrano, 1994).

De lo anterior se desprende que la entrevista permite escuchar y recoger testimonios, desde la voz viva y natural, directamente desde los protagonistas, en este sentido, sólo puede ser leída como interpretación, es decir la información no es verdad ni mentira, es producto de una persona en sociedad que hay que localizar, contextualizar y contrastar. Ello, porque lo que nos interesa en nuestra investigación es dilucidar el discurso de las personas usuarias, como informantes relevantes y la riqueza discursiva que se pueda obtener de las entrevistas.

Por último, para esta investigación también se considera relevante utilizar la técnica de Observación Participante, “la cual se enmarca como una observación sistematizada natural de los grupos o comunidades en su vida cotidiana, y que emplea una estrategia empírica” (Delgado, 1995:144).

Esta técnica será utilizada como una información complementaria a las entrevistas que se realizarán a los usuarios, ya que es una forma de acercamiento que nos permitirá tener mayor empatía y conocer sus experiencias en los distintos espacios terapéuticos del Hospital Día para Adolescentes de Pudahuel.

Como definición general la observación participante será definida como “una estrategia de campo que combina simultáneamente el análisis de documentos, la entrevista o sujetos e informantes, la participación y observación directa y la introspección”, (Valles, 2003:146).

Existe por tanto en la observación participante un propósito doble; “por un lado implicarse en actividades concernientes a la situación a estudiar y observar a fondo dicha situación. Además hay una experiencia desde dentro y desde fuera, ya que a la vez el investigador es extraño al contexto y se hace miembro a la vez”. (Valles, 2003:150).

Por último, las características de la observación participante, según Delgado se definen como:

- El investigador debe ser extraño a su objeto de investigación.
- Debe convivir integradamente en el sistema a estudiar.
- Ese sistema tiene una definición propia de sus fronteras.
- La interacción del analista será maximizada y funcional, sin dejar de ser por ello un analista externo.
- El investigador debe escribir una monografía etnográfica empleando el género del “realismo etnográfico”. (Delgado, 1995:145).

Vale decir que la observación participante es considerada una observación exógena, propia de los sistemas observados, “se trata de observar desde fuera del contexto en donde se involucra, teniendo en cuenta que no hay manipulación del contexto que se observa; se trata entonces de incluirse en el grupo, con el objetivo de ser parte de su proceso”. (Valles. 2003:145).

6. Plan de Análisis de la información:

Para la presente investigación el análisis de la información será el de categorías por objetivos, ya que permite un análisis semántico de las experiencias de los usuarios sobre instancias de trabajo terapéutico en el contexto del Hospital día para Adolescentes de Pudahuel.

Según lo anterior las categorías por objetivos, implica la descripción de las entrevistas en profundidad estandarizadas no programadas también consideradas como semi-estructurada, de lo cual se obtienen registros textuales de las personas usuarias; y el material obtenido de las observaciones participantes, de lo cual se obtiene información complementaria a las entrevistas.

A su vez, el carácter semántico implica establecer unidades de registro, como oraciones o palabras que contengan en sí misma una carga semántica interesante para el investigador. (Delgado, 1995). Cabe señalar que estas unidades de registro contienen información relevante para la investigación.

Con respecto al proceso de Análisis de la Información, la codificación del material de las entrevistas y observaciones participantes será a partir del procedimiento central de la Grounded Theory, desarrollada por Glaser y Strauss.

Este procedimiento de codificación opera como una interpretación de los datos obtenidos, “a partir de lo cual son desarrollados, categorizados y dimensionados dependientes de los objetivos de la investigación”. (Román, 2004:7).

Para nuestra investigación el objetivo de este procedimiento de codificación es generar categorías que representen las vivencias de las personas usuarias.

Para este propósito, se va a utilizar como técnica uno de los tipos de codificación que postula la Teoría de Grounded Theory, la cual se define como codificación abierta.

Esta técnica tiene por objetivo indagar sobre la dimensión descriptiva del proceso de análisis de la información, en la cual los conceptos obtenidos de las entrevistas y observaciones participantes “son etiquetas verbales anexadas a unidades de significados (palabras, oraciones, párrafos) segmentadas en los datos”. (Román, 2004:9).

A su vez, los registros textuales se interpretarán según los objetivos específicos de la investigación, con lo cual se logra un conocimiento de las experiencias de dichas personas, ya que según el enfoque cualitativo de nuestra investigación toda experiencia es significativa e igualmente válida. Por lo tanto, nos centraremos en el trabajo de algunas instancias terapéuticas en el contexto del Hospital día para Adolescentes.

Además, es necesario señalar que el análisis de las experiencias sea abordado desde un eje temático, ya los discursos de las personas usuarias, serán comprendidos en función de categorías por objetivos, que son ejes representativos de nuestro tema de investigación.

V. Interpretación de los Resultados. Análisis de Categorías por Objetivos.

1. Categoría: Percepción del Proceso Terapéutico Psicológico.

Análisis Descriptivo:

“Ahhh, expresar cosas que antes no hacía...; ...no sé expresar idea, opiniones preguntas...; mmm, me ayuda a estar más contacto con el mundo exterior...; es que la terapia me da consejos...para...para eso...para manejarme mejor en la sociedad. mmm, me da consejos para cuando tengo un problema, eso. Mejor... porque me ayuda a expresarme más y no estar tan oprimido... como que me ayuda, eso”. (H1).

“Bien...no sé ella me escucha, me aconseja...eso. Conocerla contarle mis cosas, eso...”. (M1).

“Me gustaría hablar de otros temas, me gustaría aprender más saber más..... Me gustaría saber más de la enfermedad.....estar consciente de lo que podemos hacer con nuestros problemas.....acá han pasado varias cosas..... debería hablarse más del tema para poder entender más de la enfermedad y porque estamos aquí también.....quiero saber más de la esquizofrenia”. (H3).

Análisis Interpretativo:

Tras los análisis descriptivos anteriormente citados, se puede plantear que en general los usuarios tienen una positiva percepción global del proceso, refieren como especialmente significativo aspectos del proceso vinculados al desarrollo de un vínculo de confianza con el terapeuta y a la consideración del espacio terapéutico como particular en el cual tienen la libertad de tratar diferentes aspectos que les generan ciertas dificultades.

Otro aspecto que refieren de importancia se vincula con la utilidad que le atribuyen a la terapia y como esta ha incidido en su vida, particularmente en la confianza que han desarrollado para establecer relaciones sociales en contextos extrahospitalarios.

1.1. Sub-categorías:

1.1.2 Influencia en la Vida.

Análisis Descriptivo:

“Ahhh, expresar cosas que antes no hacía...; ...no sé expresar idea, opiniones preguntas...; mmm, me ayuda a estar más contacto con el mundo exterior...; es que la terapia me da consejos...para...para eso...para manejarme mejor en la sociedad. mmm, me da consejos para cuando tengo un problema, eso. Mejor... porque me ayuda a expresarme más y no estar tan oprimido... como que me ayuda, eso”. (H1).

“He..... creo que ha significado un cambio muy fuerte en mi.....tomar responsabilidades, He..... me puse independiente, ahora voy al colegio y antes no lo hacía”. (H3).

Análisis Interpretativo:

Tras los análisis descriptivos anteriormente citados, se puede plantear que en general los usuarios tienen una percepción positiva de lo que ha incidido la terapia en su vida cotidiana y aprecian los alcances más allá del contexto del hospital.

Le adjudican particular importancia a la incidencia ejercida a los aspectos cotidianos de su vida tales como el sentirse con más confianza en el establecimiento de relaciones sociales, desplegándose con más seguridad en el contexto extrahospitalario. También resulta significativa la percepción de los usuarios en torno al avance logrado en temáticas como la seguridad en si mismo y la capacidad de expresión.

También es significativa la consideración temporal que han asimilado sobre aspectos del proceso terapéutico, identificando diferentes momentos del mismo y el cambio que ellos expresan haber experimentado.

1.1.3. Vinculación con el Terapeuta.

Análisis Descriptivo:

“Así que da a poco se fue como...como acercándonos. ahora estamos, mmm...me encuentro mejor. lo que decía que he tranzado con él cosas”. (H1).

“Bien...no sé ella me escucha, me aconseja...eso. Conocerla contarle mis cosas, eso...” (M1).

Análisis Interpretativo:

Tras los análisis descriptivos anteriormente citados, podemos plantear en general la percepción positiva de los usuarios en cuanto al establecimiento de un vínculo de confianza con el terapeuta desarrollándose en forma paulatina y sistemática en el tiempo. También refieren la experimentación de un espacio diferente con sus propias normas y códigos, distinto a todos los demás en el que la preeminencia esta en lo vincular, en la relación que se establece con el terapeuta, dentro de lo cual especialmente valoran la confidencialidad del proceso.

1.1.4. Propuesta de cambio.

Análisis Descriptivo:

“Me gustaría hablar de otros temas, me gustaría aprender más saber más..... Me gustaría saber más de la enfermedad.....estar consciente de lo que podemos hacer con nuestros problemas.....acá han pasado varias cosas..... debería hablarse más del tema para poder entender más de la enfermedad y porque estamos aquí también.....quiero saber más de la esquizofrenia”. (H3).

Análisis Interpretativo:

Tras los análisis descriptivos anteriormente citados, podemos plantear en general los usuarios afirman complacencia con el espacio, y no manifiestan inquietud por algún cambio en este, sin embargo un usuario expresa la inquietud de tratar ciertos temas atinentes a la enfermedad, especialmente refiere interés en profundizar en el conocimiento de la misma.

2. Categoría: Percepción del Taller de Teatro.

Análisis Descriptivo:

OP4: Dicha primera actividad impresiono en la participación de todos...tanto funcionarios, usuarios, y yo...mostrando gran despliegue y motivación por este tipo de actividades de corte dinámico y lúdico. De esta forma todos estaban participando en esta forma de comunicación, a su vez como era una dinámica lúdica mostraron interés y entusiasmo...el grupo en el que participe los propios usuarios fueron quienes determinaron estos aspectos, decidiendo en definitiva la historia

“Que tuvo momentos malos y buenos....pero me he relacionado bien con los chiquillos. Confianza en que uno puede hacer teatro...juntos, y eso...era súper bueno”. (M1).

“Me ha servido a desarrollarme como persona.....he..... la comunicación la manera de ser, en como establecer una comunicación”. (H3).

“El compromiso con las personas. El trabajo en equipo..... A veces alguien sale y entra..... lo mismo me pasa a mi a veces me aburro... me estreso y quiero salir”. (H3).

“Me siento bien, por que aprendemos cosas nuevas a como expresarnos a como hablar, a como hacer gestos.....esto más adelante nos va a ayudar a relacionarnos mejor con las personas..... sirve para desarrollar mejor las actitudes”. (H3).

“Con el Iván les decíamos cosas y todo...he pero igual los queremos así. No...fue buena, es buena persona...del Iván he aprendido muchas mas cosas. En contarle mis cosas, mis penas...eso”. (M1).

Análisis Interpretativo:

Al integrar las distintas categorías en la pretensión de abarcar un análisis integral, podemos dar cuenta de los aspectos experimentados por los usuarios en cuanto al desarrollo de discursos homogéneos de la misma temática, en tal caso existe una percepción global positiva de su experiencia en el taller, en el que destacan elementos para ellos significativos, como la implicancia que este les ha significado en su vida cotidiana, asumiendo como particularmente importante el hecho de sentirse mejor, aumentando su autoestima, y la consideración del espacio como importante para el desarrollo personal de cada uno. Estas percepciones son correspondidas con el sentimiento de agrado en la participación en el taller, y les atribuyen actividades de relajación y distensión con lo cual afirman incidencia positiva en el desarrollo personal.

Al igual que en las otras categorías figura como fundamental la valoración experimentada por las relaciones vinculares tanto con los otros compañeros como con el coordinador en dicho contexto, desde un primer momento refirieron sentirse integrados y acogidos, destacan el respeto en dicho contexto y no refieren dificultades para desarrollar las actividades. Con el coordinador destacan no solo la relación profesional con ellos sino también la humana, ya que les ha permitido

consolidar una confianza para tratar distintas temáticas de la vida personal de cada uno.

En cuanto a la observación participante, los usuarios confirman la coincidencia de los discursos en cuanto a la experiencia del taller, ya que se apreció en situ el compañerismo y el fiato desarrollado entre las personas usuarias; cada uno conocía las características de los participantes y las respetaban dejándolos participar según su voluntad y motivación, consensuando los acuerdos grupalmente, en dichas decisiones los protagonistas eran los usuarios y el coordinador solo funcionaba como facilitador de los procesos.

2.1. Sub-categorías:

2.1.2. Relaciones Interpersonales en el Taller de Teatro.

Análisis Descriptivo:

“Empecé...a compartir con los chiquillos Grato...te sientes en confianza...después de ese lapso que no me gustaba el Taller, me sentí acogido y ellos dan ánimo para participar”. (H2).

“Que tuvo momentos malos y buenos....pero me he relacionado bien con los chiquillos. Confianza en que uno puede hacer teatro...juntos, y eso...era súper bueno”. (M1).

Análisis Interpretativo:

Tras los análisis descriptivos anteriormente citados, se puede plantear que en general, encontramos en los entrevistados discursos bastante homogéneos en cuanto a la percepción que experimentan con sus compañeros del taller de teatro, principalmente la vivencia de confianza es la que se expresa con mayor frecuencia, afirman haber experimentado una relación de fiato progresiva desde un momento inicial de inseguridad, pasando por altibajos para terminar en forma unánime en una relación de confianza, dentro de lo mismo los usuarios refieren experimentar una relación de cordialidad cuando ingresaron que les permitió sentirse acogidos y seguros, ya que lo que impera en este espacio es un clima de respeto.

En este sentido igualmente destacan la motivación general existente, y el ánimo que se dan unos a otros en las actividades y que las vivencian positivamente, destacan además del ambiente cordial y distendido la posibilidad aprender cosas nuevas que el espacio les proporciona.

2.1.3. Percepción del impacto del Taller de Teatro.

Análisis Descriptivo:

“Ahora podía reírme de mi mismo...no andar amargado y triste, eso me ha servido. Me ha servido para relajarte”. (H2).

“Me ha servido a desarrollarme como persona.....he..... la comunicación la manera de ser, en cómo establecer una comunicación”. (H3).

Análisis Interpretativo:

En esta subcategoría, tras el análisis descriptivo podemos dar cuenta de la uniforme percepción de los usuarios en cuanto a considerar como positiva la incidencia que ha ejercido el taller en su vida cotidiana, específicamente expresan su satisfacción por cuanto consideran que les ha ayudado a sentirse mejor, ha mejorar el ánimo y no andar amargado ni triste. Otro aspecto que expresan como significativo, dice relación con la experimentación del taller como instancia de desarrollo personal dentro del cual destacan la posibilidad de expresión y comunicación.

2.1.4. Propuesta de cambio del Taller de Teatro.

Análisis Descriptivo:

“Yo...lo que cambiara, sería una portada; que hiciéramos una obra de teatro entre todos y presentar un día en especial...como para navidad, hacer una obra de Teatro. sería algo nuevo, y nos serviría harto para la mente”. (H1).

“El compromiso con las personas. El trabajo en equipo..... A veces alguien sale y entra..... lo mismo me pasa a mí a veces me aburro... me estreso y quiero salir”. (H3).

Análisis Interpretativo:

En esta subcategoría, a diferencia de las anteriores no se observa un discurso homogéneo en cuanto a las propuestas de cambio que los usuarios tienen. Ante la pregunta de si cambiaría algo del taller, o si le parece hay algo que mejorar; los discursos van desde una conformidad completa con el taller planteando permanencia del mismo con las mismas características, a las propuestas por desarrollar actividades de presentación espacial con la participación de todos en un día especial con el consecuente beneficio mental que esto les traería, en contrastare otras opiniones dicen relación directamente con la percepción de falta de compromiso que algunos tienen con las actividades y la necesidad que experimentan de cambiar esta situación, pero se reconoce la dificultad de

mantener la atención por demasiado tiempo en el taller adjudicándole esto a una característica personal más que a las actividades en sí.

2.1.5. Percepción de sí mismo en el Taller de Teatro.

Análisis Descriptivo:

“Sí...en todo lo que hacia el profe po’...he ensayábamos y de repente jugábamos. se acostumbra con los talleres y se echan de menos”. (M1).

“Me siento bien, por que aprendemos cosas nuevas a cómo expresarnos a como hablar, a cómo hacer gestos.....esto más adelante nos va a ayudar a relacionarnos mejor con las personas..... sirve para desarrollar mejor las actitudes”. (H3).

Análisis Interpretativo:

En esta subcategoría podemos dar cuenta de lo homogéneo de las opiniones en torno a la percepción positiva que refieren los usuarios en cuanto a su participación en el taller de teatro, en general afirman sentirse bien participando en estas las experimentan como entretenidas y que les significaban aspectos satisfactorios como la posibilidad de poder reflexionar, de distenderse y relajarse. También aprecian significativo y satisfactorio desarrollar la expresión y vislumbran los alcances de esto en su desarrollo personal.

2.1.6. Vinculación con el Coordinador del Taller de Teatro.

Análisis Descriptivo:

“Bien, porque él me daba ánimo para participar en el Taller desde cuando llego él conversaba bastante Mi relación fue buena, nunca tuvimos problemas, al contrario conversábamos bastante”. (H2).

“Con el Iván les decíamos cosas y todo...he pero igual los queremos así. No...fue buena, es buena persona...del Iván he aprendido muchas más cosas. En contarle mis cosas, mis penas...eso”. (M1).

Análisis Interpretativo:

En esta subcategoría también se constata la positiva percepción del vínculo desarrollado con el coordinador por parte de los usuarios. Temáticas relevantes en su discurso dicen relación principalmente con la buena relación desarrollada y la valoración del coordinador no solo en su aspecto profesional sino que también humano, esto último estaba más presente en la percepciones de los usuarios atribuyéndole a este características positivas como que es buena persona y también le atribuyeron importancia a la buena comunicación desarrollada con él en que se facilitaban espacios de escucha de aspectos de la vida personal que los usuarios consideraban importantes, las opiniones sobre su experiencia también valoran como significativo el humor como característica personal y como este factor incide en la positiva vinculación desarrollada.

3. Percepción del Taller de Salidas.

Análisis Descriptivo:

OP3: Que uno de los objetivos del taller es promover que los usuarios participen del taller eligiendo los destinos a donde ellos les gustaría ir, por lo que siempre se insita a que ellos manifiesten sus gustos. Afirma que hay usuarios, que siempre participan en la misma función del taller, ya que la mayoría de los usuarios conocen la rutina del Taller.

Además, afirma que siempre son los mismos que participan, y que los demás acompañan a los que se desenvuelven mejor; tras el viaje, todos comentan que les gusto.

“Buena, era bueno compartir con ellos en las salidas, uno dice un chiste... al gracioso, se reía uno y lo pasaba bien en eso”. (H2).

“Me ha servido para...para mi enfermedad... que...eso es bueno para...para estar en un mejor nivel de la mente, para que esta sana con la naturaleza...esas cosas. También aprendí usar el metro...ehhh... esas cosas me ayudaba... para... porque a mí, me gusta el medio ambiente....el estar en contacto con nuevas personas, nuevos lugares”. (H1).

“La organización, porque algunas veces no tenías una organización fija para salir, además en la mañana antes de salir a la salida, algunos llegaban tarde. Me daba un poco de rabia, porque teníamos una hora de salir, y salíamos como una hora y media después; así tienen menos tiempo para las salida”. (H2).

“Me siento bien, porque no sé... es un tiempo para esparcirnos, no tan aislado, contacto con lugares nuevos con mucha gente que no es... que si estuviera acá no sería igual”. (H1).

“Me llevo...bien, es muy profesional y preocupada...eso”. (H1).

Análisis Interpretativo:

Tras los análisis descriptivos anteriormente citados, se puede plantear que la percepción global de los usuarios coincide con los objetivos del Taller, ya que hay una muy buena participación en las actividades. Además los usuarios manifiestan que los viajes son muy entretenidos y que siempre privilegian sus gustos; esto potencia que los usuarios desarrollen gratas relaciones interpersonales, promoviendo el compañerismo, sentido de unidad y confianza con el coordinador.

El conocer lugares nuevos también promueve desde lo lúdico las habilidades sociales, como la comunicación y la independencia, expresada a través de logros en lo cotidiano, como tomar el Metro, comprar, enviar cartas, buscar información, etc. Por último todos los usuarios coinciden que es necesario un cambio en el Taller, adjudicando que este se potencie en los mismos contenidos que trata, pero con mayor compromiso y dedicación.

3.1. Sub-categorías:

3.1.2. Relaciones Interpersonales del Taller de Salidas.

Análisis Descriptivo:

“Me llevo bien. Por ejemplo cuando fuimos a ese Taller...a ese paseo, a veces no molestarse tanto al menos, al menos... a mí, me pasó eso”. (H1).

“Buena, era bueno compartir con ellos en las salidas, uno dice un chiste... al gracioso, se reía uno y lo pasaba bien en eso”. (H2).

Análisis Interpretativo:

Tras los análisis descriptivos anteriormente citados, se puede plantear que en general los usuarios tienen una relación grata con sus compañeros, esta se entiende desde lo lúdico. Afirman que hay un clima de diversión por la buena acogida que tiene el grupo, pero que a veces se tiende a molestar más de la cuenta. Sin embargo, existe un sentido de unidad, que conlleva a participar de las actividades. En general los usuarios se divierten y comparten gratamente.

3.1.3. Percepción del impacto del Taller de Salidas.

Análisis Descriptivo:

“Me ha servido para...para mi enfermedad... que...eso es bueno para...para estar en un mejor nivel de la mente, para que esta sana con la naturaleza...esas cosas. También aprendí usar el metro...ehhh... esas cosas me ayudaba... para... porque a mí, me gusta el medio ambiente....el estar en contacto con nuevas personas, nuevos lugares”. (H1).

“Para mejorar mi conducta, y para desarrollar habilidades para escribir para conversar”. (H3).

Análisis Interpretativo:

Tras los análisis descriptivos anteriormente citados, se puede plantear que en general los usuarios potencian sus habilidades sociales y de entretención. Lo lúdico se expresa desde los usuarios como el conocer nuevos lugares; por su parte las habilidades sociales se expresan en el contacto con las demás personas, mejorando su comunicación e independencia. La comunicación se expresaría en poder llevar a cabo una conversación más fluida con una persona desconocida; y a su vez la independencia se manifiesta, en logros cotidianos, como viajar en Metro, aprender a cruzar la calle.

3.1.4. Propuesta de cambio del Taller de Salidas.

Análisis Descriptivo:

“La organización, porque algunas veces no tenías una organización fija para salir, además en la mañana antes de salir a la salida, algunos llegaban tarde. Me daba un poco de rabia, porque teníamos una hora de salir, y salíamos como una hora y media después; así tienen menos tiempo para las salida”. (H2).

“Pienso que a lo mejor debiera hacer las cosas en silencio y con calma.....parece que a ella a veces le molesta la bulla, el ruido”. (H3).

Análisis Interpretativo:

Tras los análisis descriptivos anteriormente citados, se puede plantear que existe consenso de producir un cambio, pero no existe consenso en el contenido de ese cambio. Una de las propuestas se enfoca en los desafíos y en la motivación por hacer cosas nuevas, experimentar nuevas actividades. La otra propuesta se enfoca en el compromiso y el trabajo en equipo, existe un interés por parte de este usuario, en promover la participación de sus compañeros, esto nos habla que existe la idea de un grupo y de la importancia de cada uno de sus miembros en la organización de la salida. Otra propuesta radica en la exigencia, este usuario manifiesta que existe impaciencia cuando se establece una meta y cuesta llegar a ella. Por último otro usuario manifiesta que no cambiaría nada de las actividades.

3.1.5. Percepción de sí mismo en el Taller de salidas.

Análisis Descriptivo:

“Me siento bien, porque no sé... es un tiempo para esparcirnos, no tan aislado, contacto con lugares nuevos con mucha gente que no es... que si estuviera acá no sería igual”. (H1).

“Fue importante para mí, porque conocí cosas nuevas”. (H2).

Análisis Interpretativo:

Tras los análisis descriptivos anteriormente citados, se puede plantear que en general los usuarios relacionan en conocer lugares nuevos con el cómo se sienten, ya que describen que el estar en un espacio abierto les ayuda a despejarse. También refieren la importancia del aprendizaje que le traen estas actividades, como relacionarse con los demás y vivir experiencias nuevas. Sin embargo, un usuario no expresa ningún sentido a esta actividad.

3.1.6. Vinculación con el Coordinador del Taller de Salidas:

Análisis Descriptivo:

“Me llevo...bien, es muy profesional y preocupada...eso”. (H1).

“He...si, si bien...me daba confianza para andar con ella...pero nunca para contarle mis cosas”. (M1).

Análisis Interpretativo:

Tras los análisis descriptivos anteriormente citados, se puede plantear que en general los usuarios valoran el profesionalismo y la preocupación que tiene el coordinador del Taller, defienden la idea que esta persona les da confianza y mantienen una relación de respeto. A su vez, la preocupación se da por las buenas ideas que la coordinadora promueve para las actividades del Taller.

VI. Conclusiones

Vale retomar el sentido fundamental de la realización de la presente investigación, para lo cual es necesario asirnos de los presupuestos teóricos que nos guiaron en el trayecto. La fenomenología nos permitió focalizarnos en las experiencias, lo que pone el énfasis en la preeminencia en las personas más que cualquier otra consideración.

Hablamos de la experiencia desde el sentido fenomenológico, en donde lo emocional cobra relevancia en el decir del sujeto, posición inversa a la categorización biomédica que el estatuto de la razón pone de manifiesto. Esta intervención del aspecto emocional configura a la razón o al pensamiento, marcada por un estado de ánimo fundamental que acontece, es decir, que impregna el modo de pensar de una época histórica. (Gabás, 2002).

Este cambio paradigmático influencio a toda una época histórica cultural, y que nos habla mucho de lo que hoy, son los desarrollos teóricos y los modelos de atención de Salud Mental.

Es por ello, que desde la fenomenología las experiencias cobran sentido primordial para nuestra investigación, ya que desde su supuestos teóricos de la fenomenología, *“las vivencias de las personas, se interesan por las formas en que las personas experimenta su mundo, qué es lo significativo para ellos y cómo comprenderlo”* (Buendía & Otros, 1997:231).

Este supuesto, nos ayuda a entender porqué es necesario ir más allá de un modelo de atención fundamentado desde una tradición científica que delega a las vivencias de las personas a un segundo plano, ya que antes de que se considere el “cómo se siente”, esta misma persona esta categorizada por un diagnóstico médico, que la identifica, la define y le otorga un lugar.

El estatuto de la razón está presente en todos los modelos biomédicos de la ciencia como autoridad, y define el marco de referencia desde dónde es pensado el sujeto y su psicopatología. De esta forma surgen las categorías de lo normal y lo anormal, de lo enfermo o sano, y que define el curso desde donde los modelos médicos se fundamentan.

Desde la visión fenomenológica que adscribimos, con la consecuente preeminencia en el decir de la persona sobre su experiencia. Encontramos una relativa coherencia con los postulados actuales y los cambios experimentados por las políticas públicas de salud mental, que dentro de la lógica imperante han tenido fluctuaciones y han asumido parte de una lógica humanizadora de personas diagnosticadas con patologías mentales.

Atesorado esto con una consideración, en el caso del Esquizofrénico, como sujeto de derecho y como protagonista de su proceso terapéutico. Tal como lo expresa la Fundación Nacional de Discapacitados; que vislumbra la necesidad de reflexionar sobre la necesidad de implementar un enfoque Psicosocial, basado en los derechos humanos, preocupándose por la persona de manera integral, al postular

que *“la prevención de las discapacidades y la rehabilitación constituyen una obligación de Estado y, asimismo, un derecho y un deber de las personas con discapacidad, de su familia y de la sociedad en su conjunto”*. (Ley 19.284 de integración social de las personas con discapacidad. Artículo 2).

El estado también aborda la problemática al hacerse cargo del tratamiento de la Esquizofrenia que cuenta con cobertura a través del Plan Auge. Haciéndose responsable de la entrega de fármacos de última generación, y de aspectos como el tratamiento y la reinserción psicosocial. (Ministerio de Salud, 2000).

En este contexto que la emergencia de nuevos dispositivos de atención ambulatoria, como los Hospital Día para Adolescentes de Pudahuel, con su particular enfoque cuyo marco de referencia se basa en *“concepciones contemporáneas acerca de lo psicopatológico en las cuales se ponen en relación no sólo los aspectos médicos-sintomáticos de los cuadros y trastornos psicopatológicos sino también se integran miradas y elaboraciones que amplían estas concepciones tradicionales desde lo puramente individual hacia la complejidad de lo social”*. (Propuesta Técnica Implementación Hospital día, 2007:3). Vienen a incorporarse a esta nueva tendencia y nos suministró un lugar de convergencia de los mencionados elementos problemáticos, y un acceso privilegiado para indagar en las experiencias de las personas usuarias y otorgarles la preeminencia que corresponde coherente con la lógica de la investigación.

En este caso la experiencia de las personas usuarios se enmarca dentro de este contexto, que incide en aspectos fundamentales como en la percepción de las experiencias personales de los usuarios, ya que determina un lugar, una lógica institucional.

Si bien con la lógica de la investigación hemos pretendido centrarnos en la experiencias de las personas usuarias, nos parece que fue necesario agregar a modo de panorámica ciertos elementos de análisis críticos para su contextualización y ganar así una mayor riqueza comprensiva del fenómeno.

Con esta consideración, podemos dar cuenta de las experiencias de las personas usuarias, concebidas desde instancias terapéuticas, en determinados lugares o espacios del Hospital Día para Adolescentes de Pudahuel; tales como el Taller de Teatro, el de Salidas y el espacio Terapéutico Clínico Psicológico.

Dentro de dichas experiencias consideramos como importantes o representativas, las manifestadas por las personas usuarias y que dice relación con la concepción de lo patológico que tiene el Hospital Día para Adolescentes de Pudahuel, ya que invita a pensar la patología mental severa como una “psicopatología del lazo social” (Propuesta técnica Hospital Día, 2007:3).

Dentro de dichas experiencias constatamos la coincidencia en el discurso de los usuarios en torno a la importancia que le atribuyen a las relaciones interpersonales tanto con los coordinadores, con el terapeuta, como con los compañeros. Ellos

entrevén alcances más allá del ámbito hospitalario, generando confianza para establecer nuevas relaciones sociales en contextos diversos. Lo cual es coincidente con uno de los objetivos generales de la institución, cual refiere a “mejorar las competencias sociales” (Propuesta técnica Hospital Día, 2007:2). Referidas al establecimiento de relaciones interpersonales.

También constatamos como relevante según sus propias opiniones, lo que les han servido las diferentes actividades realizadas y que denotan diferentes objetivos terapéuticos de la institución. Esto, en aspectos concernientes a su desarrollo personal, que ellos les prestan una significación especial y que vinculan directamente con el proceso vivido en cada espacio. Coincidiendo los discursos de las personas usuarias en cuanto a la consideración positiva de este aspecto.

Por último, es necesario considerar que las personas usuarias perciben su propia experiencia, como un logro, en cuanto a los desafíos personales que ellos nos comentaban. Algunos de estos logros se enfocaban en el desarrollo de habilidades sociales, como movilizarse dentro de la ciudad, y respetar el espacio de las otras personas, pero también este logro es a nivel personal, en el cómo ellos han podido expresar sus conflictos y dificultades, expresando lo que sienten y el cómo pueden manejar estas instancias difíciles en su vida.

Es por esto que la mayoría de las personas usuarias consideran que las actividades de las instancias terapéuticas antes nombradas, facilitan su estado de ánimo y promueven expectativas personales, como es el caso de su interacción con la comunidad.

Para finalizar podemos dar cuenta, por medio de esta investigación algunos aspectos relacionados con cierta sintonía entre lo global del decir de las experiencias de las personas usuarias y de algunos de los lineamientos terapéuticos esenciales de la institución deducidos desde la Propuesta Técnica del Hospital Día para Adolescentes de Pudahuel y de la prioridad programática de esta. Deducido lo anterior, desde las posibilidades circunscritas que los espacios investigados suponen, pero que de igual forma, desde una vertiente fenomenológica, nos permitió conocer y describir una realidad humana que permanece hasta el día de hoy de alguna medida velada, actualizando dinámicas relacionadas con la libertad, el control, el conocimiento y el poder, propias de un fenómeno complejo que ha formado parte en la historia de la humanidad.

VII. Cronograma.

Objetivos y Actividades	Plazos
Construcción del marco teórico; Integración Bibliográfica	Enero-Marzo
Recolección de datos; Firmas de consentimiento informado y Realización de entrevistas semi-estructuradas.	Abril-Mayo
Análisis de la información; por medio de Categorías por objetivos	Junio-Julio
Conclusiones; Análisis y articulación final	Octubre - noviembre

VIII. BIBLIOGRAFÍA

- Ander-Egg, E. (1979). *Técnicas de Investigación Social*. (Edición 24). Ciudad de México: Editorial Lumen.
- Bahamondes, A. (1998). Proyecto Hospital de Día de Psiquiatría. Santiago de Chile: Revista Médica de Santiago.
- Bateson, G. (1986). *Doble Vínculo y Esquizofrenia*. Santiago de Chile: Editorial Lumen.
- Blair, P. (1977). *Pensamientos*. Barcelona: Editorial Orbis.
- Bleuler, E. (1911). *Demencia Precoz o el Grupo de las Esquizofrenias*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Buendía, E. & Otros. (1997). *Métodos de Investigación en Psicopedagogía*. Madrid: Editorial McGraw-Hill.
- Burns, N. & Grove S. (2005). *Investigación en Enfermería*. Madrid: Editorial Elsevier.
- Cañamares, J. & Castejon, M. & Florit, A. & Otros. (2001). *Esquizofrenia: Series Guías de Intervención*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Delgado, J. (1995). *Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Denzin & Lincoln. (1994). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Madrid: Editorial Aljibe.

- División de Organizaciones Sociales. (1996). El Estudio de la Realidad Social con Metodologías Cualitativas. Santiago Chile: Documento de Trabajo.
- DSM IV/ Pichot, P. (1997). American Psychiatric Association: Breviario Criterios Diagnósticos. Barcelona: Editorial Masson.
- Escobar, E. & Medina, E. & Quijada, M. (2002). De Casa de Orates a Instituto Psiquiátrico. Santiago de Chile: Revista Médica de Chile.
- Escudero, J. (2007). Hacia una Fenomenología de los Afectos: Martin Heidegger y Max Scheler. Barcelona: Revista Universidad Autónoma de Barcelona.
- Fliman, M. (1972). Un Diagnóstico de la Situación de la Salud Mental en Chile. Santiago de Chile: Revista Médica de Chile.
- Foucault, M. (1997). Historia de la Locura en la Época Clásica. Buenos Aires: Editorial Fondo de Cultura Económica Argentina.
- Freud, S. / Strachey, J. (1993). Neurosis y Psicosis. (Obras Completas. Volumen. XIX). Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Freud, S. (2000). Paranoia y Neurosis Obsesiva. Madrid: Editorial Alianza.
- Gabás, R. (2002). La Fenomenología de los Sentimientos en Max Scheler y el Concepto de Afección en Martin Heidegger. Barcelona: Revista Universidad Autónoma de Barcelona.
- Heidegger, M. /Rivera, E. (1997). Ser y Tiempo. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.

- Hernández, R. (2003). Metodología de la Investigación. Bogotá Colombia: Editorial McGraw-Hill.
- Huneeus, T. (2005). *Esquizofrenia: Visión integradora*. Santiago de Chile: Editorial: Mediterráneo.
- Martínez H. (1998). *Enfermedad Cultura y Sociedad*. Madrid: Editorial Eudema.
- Minoletti, A. & Zaccaría, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de Experiencia. Santiago de Chile: Revista Panamericana de Salud Pública.
- MINSAL. (2004). Protocolo Auge: Tratamiento de Personas con Primer Brote de Esquizofrenia. Santiago de Chile: Documento de Trabajo.
- Ministerio de Salud. /Unidad de Salud Mental. (2000). Orientaciones Técnicas para el Tratamiento y Rehabilitación de las Personas Afectadas de Esquizofrenia. Santiago de Chile: Documento de Trabajo.
- Moraga, P. (1993). *Medicina, Ciencia y Creencia: Una Genealogía de la Antropología de la Medicina*. Santiago de Chile: Documento de Trabajo.
- Muñoz, M. / Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. (1992). Apuntes de Psiquiatría. Santiago de Chile: Documento de Trabajo Universidad de Concepción.
- Olivos, P. (1985). Historia de los Hospitales Diurnos. Santiago de Chile: Revista de Psiquiatría.

- Organización Mundial de la Salud. (2000). CIE 10: Clasificación Multiaxial de los Trastornos Psiquiátricos. Ciudad de México: Editorial Médica Panamericana.
- Porter, R. (2003). Breve Historia de la Locura. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica México.
- Propuesta Técnica Implementación Hospital día Adolescentes. /Servicio de Salud Metropolitano Occidente. (2007). Santiago de Chile: Documento de Trabajo.
- Rodríguez, G. & Gil, J. & García, E. (1996). Metodología de la Investigación Cualitativa. Málaga: Editorial Aljibe.
- Román, J. (2004). Taller de Investigación Cualitativa I. Santiago de Chile: Documento de Trabajo Universidad Alberto Hurtado.
- Ruiz, A. (1998). La Psicosis: Perspectiva Cognitiva Post Racionalista. Santiago de Chile: Documento de Trabajo.
- Serrano, G. (1994). Elaboración de Proyectos Sociales: Casos Prácticos. Madrid: Editorial Nancea.
- Silva, H. (1993). La Esquizofrenia de Kraepelin al DSMIV. Santiago de Chile: Editorial Universidad Católica.
- Szasz, T. (1990). Esquizofrenia: El Símbolo Sagrado de la Psiquiatría. Ciudad de México: Editorial Premiá.
- Szasz. T. (2001). El Mito de la Enfermedad Mental. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

- Taylor, J. & Bogdan, R. (1996). Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación: La Búsqueda de Significados. Barcelona: Editorial Paidós.
- Valles, M. (2003). Técnicas Cualitativas de Investigación Social: Reflexión Metodológica y Práctica Profesional. Madrid: Editorial Síntesis.

IX. Anexos.

Entrevista Mujer 1 (M1).

Estado: Egresada.

Entrevistador: Yo te voy a hacer unas preguntas relacionadas con tu experiencia en este Hospital, ¿Cómo tú, te sentiste acá, en el Hospital Día?

Usuario: Mira los primeros días acá como que uno se aburre, pero cuando pasa los años y está aquí así... se siente como en su casa...he...porque los primeros días uno quiere puro irse.

Entrevistador: ¿Por qué tú piensas que querías irte cuando llegaste acá?

Usuario: Porque no me gustaba el lugar.

Entrevistador: ¿Qué es lo que no te gustaba del lugar?

Usuario: No sé.... No me gustaba el lugar, pero uno cuando se va acostumbrando...lo encuentra así genial.

Entrevistador: A lo mejor no te gustaba dónde estaba ubicado el lugar. ¿Más o menos como era?

Usuario: Más o menos como era, me estoy refiriendo a una directora que estuvo acá...entonces no hacía nada.

Entrevistador: ¿A qué te refieres, con que no hacía nada la directora?

Usuario: Es que lo que pasa que como era de droga y los de Esquizofrenia estábamos juntos, en la farmacia sacaban los medicamentos pa' drogarse...ya la directora no dijo nada...en cambio cuando hubo un cambio de directores...ahí se ha ido mejorando el lugar.

Entrevistador: ¿Cuanto alcanzaste a estar en este lugar?

Usuario: Cinco años.

Entrevistador: ¿Y esos cinco años como los describirías?

Usuario: Que tuvo momentos malos y buenos....pero me he relacionado bien con los chiquillos.

Entrevistador: En relación con los chiquillos. ¿Con algunos te llevabas mejor y con otros no?

Usuario: Puede ser que sí...

Entrevistador: ¿Con quiénes te llevabas bien acá?

Usuario: Mmm...con el Lucho, con la Tina, con la Maria Soledad, con el Claudio con el Eduardo Herman, ahora con la Claudia, con la Camila, con la Vale, con el Eduardo Díaz también.

Entrevistador: Y con ellos. ¿Qué lugar compartías más con ellos?

Usuario: T: Afuera...o...íbamos para las casas.

Entrevistador: ¿Cómo era tú relación con tus compañeros en el Taller de Teatro?

Usuario: Es que cuando uno entra...el Taller de Teatro es uh...he...me enseñaban....aprendimos lo que nunca habíamos aprendido a actuar, mmm...eso.

Entrevistador: Y esa enseñanza que aprendiste. ¿Te sirvió para relacionarte de mejor forma con los chiquillos?

Usuario: Sí

Entrevistador: ¿Te sentías en confianza con tus compañeros en el Taller de Teatro?

Usuario: Mmm...puede ser que sí.

Entrevistador: ¿Me puedes explicar a qué se debe esa confianza?

Usuario: Confianza en que uno puede hacer teatro...juntos, y eso...era súper bueno por que cuando yo estuve los primeros años la Pili nos enseñaba a actuar o nos enseñaba...no sé po' ha...como uno actuar...esa fue mi primera actuación.

Entrevistador: ¿Estas nombrando qué te llevabas bien con el coordinador de Teatro que había en ese entonces?

Usuario: Mira los llevábamos bien...con el Iván les decíamos cosas y todo...he pero igual los queremos así.

Entrevistador: ¿Cómo era la relación con el Iván entonces?

Usuario: No...fue buena, es buena persona...del Iván he aprendido muchas mas cosas.

Entrevistador: ¿Se puede decir que había confianza con el Iván?

Usuario: Sí.

Entrevistador: ¿En qué tenías confianza con el Iván?

Usuario: En contarle mis cosas, mis penas...eso.

Entrevistador: ¿Quieres hablar algo más del Iván, en relación a lo que te daba confianza?

Usuario: No.

Entrevistador: ¿Cómo era tu participación en el Taller de Teatro? ¿Te gustaba participar?

Usuario: Sí...en todo lo que hacia el profe po'...he ensayábamos y de repente jugábamos.

Entrevistador: ¿Y te sentías a gusto con las actividades?

Usuario: Mmm...un tanto sí.

Entrevistador: Eso quiere decir que unas actividades te gustaban y otras no.

¿Cuál es la que no te gustaba?

Usuario: La asamblea

Entrevistador: ¿Y en el Taller de Teatro?

Usuario: No

Entrevistador: En el Taller de Teatro ¿Siempre te gustaban las actividades?

Usuario: Sí.

Entrevistador: ¿Cambiarías algo del Taller de Teatro?

Usuario: pedirle al Iván que no sea tan exigente.

Entrevistador: ¿Cómo eso del Iván?

Usuario: que no sea tan exigente.

Entrevistador: ¿En qué te exigía?

Usuario: Lo que pasa es que...estábamos escribiendo...y el Iván se enoja a veces.

Entrevistador: Y con respecto al Taller de Salida. ¿Te gustaba el Taller de Salida?

Usuario: No.

Entrevistador: ¿Por qué no te gustaba?

Usuario: No sé.

Entrevistador: ¿Cómo te llevabas con el encargado del Taller de Salidas?

Usuario: He...si, si bien...me daba confianza para andar con ella...pero nunca para contarle mis cosas.

Entrevistador: ¿A qué te refieres con andar con ella?

Usuario: No sé...lo que pasa es que con ella no tengo la confianza suficiente, para confiar en ella.

Entrevistador: ¿A qué crees que se debe eso?

Usuario: No sé.

Entrevistador: Tú me contabas que no te gustaban mucho las actividades del taller. ¿Por qué?

Usuario: Algunas salidas me gustaban...por ejemplo al centro, cuando íbamos al Parque los Reyes... todo eso.

Entrevistador: ¿Y qué te gustaban de esas salidas?

Usuario: No sé yo lo encontraba entretenido...eso.

Entrevistador: Lo encontrabas entretenido. ¿Porque ibas con los demás chiquillos?

Usuario: No me refiero... porque conocía lugares...

Entrevistador: ¿Generalmente participabas de esas actividades?

Usuario: Sí.

Entrevistador: ¿Cómo te sentías al salir con tus compañeros?

Usuario: No...mmm...nos reíamos, lo pasábamos bien.

Entrevistador: Y eso te hace bien. ¿Salir con ellos?

Usuario: Es que ahora yo no me junto con ellos...

Entrevistador: ¿Qué cosas cambiarías del Taller de Salidas? Tú encuentras que hay algo que mejorar. ¿Te gusta más menos los lugares donde van?

Usuario: No cambiaría nada...está bien como esta.

Entrevistador: ¿De qué te ha servido el Taller de Teatro en tu vida fuera del Hospital?

Usuario: En que uno cuando sale del hospital, se acostumbra con los talleres y se echan de menos.

Entrevistador: ¿Y qué cosas crees que te han servido?

Usuario: No.

Entrevistador: ¿Y el Taller de Salidas?

Usuario: Nada...para entretenerme.

Entrevistador: ¿Cómo es tu relación con el Terapeuta?

Usuario: Bien...no sé ella me escucha, me aconseja...eso.

Entrevistador: ¿Te sientes en confianza con ella, con tú Terapeuta?

Usuario: No.

Entrevistador: ¿Por qué crees que no?

Usuario: No sé...es que la conozco este año no más po'.

Entrevistador: ¿Qué tiene que pasar para tener confianza?

Usuario: Conocerla bien.

Entrevistador: ¿En qué sentido conocerla bien?

Usuario: Conocerla contarle mis cosas, eso...

Entrevistador: La terapia que has tenido acá y que sigues teniendo. ¿En qué te ha servido en tu vida?

Usuario: He...pa' sentirse mejor.

Entrevistador: ¿Y cómo era antes de la terapia?

Usuario: No sé po' ya ni me acuerdo.

Entrevistador: Y eso de “sentirse mejor”. ¿Cómo lo puedes describir?

Usuario: Hay que puro tomarse lo remedios no mas po' y tirar pa' arriba.

Entrevistador: Crees que con la terapia estas más tranquila, has tenido mejor relación con otras personas. ¿Crees eso?

Usuario: Sí.

Entrevistador: ¿Cambiarías algo de la terapia?

Usuario: No.

Entrevistador: ¿Te gustaría comentar algo más de lo conversado?

Usuario: No.

Entrevista Hombre 1 (H1).

Estado: Activo.

Entrevistador: Yo te voy a hacer unas preguntas, en relación al proceso terapéutico clínico psicológico. La terapia psicológica ¿Crees que te ha servido en tu vida cotidiana?

Usuario: ...mmm...

Entrevistador: ¿En qué te ha servido la terapia en tu vida cotidiana?

Usuario: Ahhh, expresar cosas que antes no hacía...

Entrevistador: ¿Cómo que cosas?

Usuario: ...no sé expresar idea, opiniones preguntas...

Entrevistador: ¿Qué más?

Usuario: mmm, me ayuda a estar más contacto con el mundo exterior...

Entrevistador: ¿Y eso quiere decir, en relación a la terapia?

Usuario:...es que la terapia me da consejos...para...para eso...para manejarme mejor en la sociedad.

Entrevistador: Muy bien. ¿Cómo te has sentido antes de la terapia?

Usuario:mmm... me sentía como...como si no expresara nada, como si estar en mi mundo.

Entrevistador: Me comentabas que la terapia, te sirvió para poder expresar mejor tus ideas; me comentaste también que antes estabas en tu propio mundo. ¿Cómo es ese tema?

Usuario: ...no sé... mmm, me da consejos para cuando tengo un problema, eso.

Entrevistador: ¿Cómo te sientes hoy con la terapia?

Usuario: Mejor... porque me ayuda a expresarme más y no estar tan oprimido... como que me ayuda, eso.

Entrevistador: ¿Cómo es tu relación con tu terapeuta? ¿Cómo te llevas con él?

Usuario: Bien...

Entrevistador: ¿Te sientes en confianza con él?

Usuario: ...sí.

Entrevistador: ¿Cómo se logro esa confianza?

Usuario: ... con el tiempo...mmm, que antes me atendía otro profesional, así que da a poco se fue como...como acercándonos.

Entrevistador: ¿Ese acercamiento fue dándose con el tiempo?

Usuario: ... sí.

Entrevistador: ¿Cuál fue tu primera impresión de tu terapeuta?

Usuario: Mmm, no sabía nada de él... porque no lo conocía.

Entrevistador: En ese sentido. ¿Sientes confianza en tu terapeuta en ese momento o te costo tener confianza?

Usuario: ...poco... poco me costó.

Entrevistador: Eso. ¿Cuándo fue que te costaba tener confianza?

Usuario: Al principio, después fue pasando el tiempo...ahora estamos, mmm...me encuentro mejor.

Entrevistador: Ahora, ¿Qué te da confianza?

Usuario: Lo que, lo que decía que he tranzado con él cosas.

Entrevistador: Con respecto a la terapia. ¿Cambiarías algo de la terapia?

Usuario:¿Con mi psicólogo?

Entrevistador: Si

Usuario: No... está bien.

Entrevistador: ¿O te parece que hay que mejorar algo?

Usuario: ...mmm.

Entrevistador: ¿Cambiarías algo?

Usuario: ...no...mmm.

Entrevistador: ¿Cómo te sientes con las actividades del Taller de Teatro?

Usuario: Bien, me siento bien es entretenido.

Entrevistador: Es entretenido, ¿Te gusta participar a menudo?

Usuario: Sí.

Entrevistador: ¿En qué cosas te gusta participar?

Usuario: En los ejercicios, en la actuación...mmm, no sé, es que es...como didáctico.

Entrevistador: ¿Cómo te sientes con las actividades?

Usuario: Bien...un poco...mmm... entretenido.

Entrevistador: Y esas actividades. ¿En qué te han servido en tu vida?

Usuario: Para mi cuerpo y mi mente... no sé... para tener habilidad.

Entrevistador: ¿Qué tipo de habilidades?

Usuario: Cómo poder expresar más mi cuerpo...en general, me ayuda a sentirme mejor.

Entrevistador: Y en este caso ¿Cómo te sentías antes de esas actividades?

Usuario: Tendría menos habilidades mentales...con mi cuerpo. Eso no tendría si no hiciera el Taller de Teatro.

Entrevistador: ¿Cómo es tu relación, con tus compañeros en el Taller de Teatro?

Usuario: Bien.

Entrevistador: ¿Por qué?

Usuario: Porque...nos divertimos, y no se burlan... igual lo pasamos bien.

Entrevistador: ¿Te sientes en confianza con ellos?

Usuario: Sí.... en general.

Entrevistador: ¿Sientes confianza con todos ellos?

Usuario: La mayoría...

Entrevistador: Y esa confianza ¿Por qué pasa?

Usuario: ...mmm, porque no son irrespetuosos y esas cosas.

Entrevistador: Y eso ¿Te da confianza?

Usuario: Sí.

Entrevistador: Con respecto a la relación tuya con el coordinador de taller.

¿Cómo te llevas con él?

Usuario: Me llevo bien.

Entrevistador: ¿Por qué?

Usuario: ...porque simpático, bromista.

Entrevistador: ¿Te sientes en confianza con él?

Usuario: ...sí.

Entrevistador: ¿Cambiarías algo del Taller?

Usuario: De Teatro...mmm...yo...lo que cambiara, sería una portada; que hiciéramos una obra de teatro entre todos y presentar un día en especial...como para navidad, hacer una obra de Teatro.

Entrevistador: En este caso, ¿Tú sientes que eso hay que mejorar del Taller?

Usuario: Podría ser mejor...eso... porque... sería algo nuevo, y nos serviría harto para la mente.

Entrevistador: ¿Cómo te sientes con las actividades del Taller de Salidas?

Usuario: Me siento bien, porque no sé... es un tiempo para esparcirnos, no tan aislado, contacto con lugares nuevos con mucha gente que no es... que si estuviera acá no sería igual.

Entrevistador: Y en ese sentido, ¿Por qué te gusta tanto esas actividades?

Usuario: Porque son entretenidas...como siempre hay cosas nuevas.

Entrevistador: Y esas experiencias, ¿Qué te ha servido en tu vida?

Usuario: ...me ha servido para...para mi enfermedad... que...eso es bueno para...para estar en un mejor nivel de la mente, para que esta sana con la naturaleza...esas cosas.

Entrevistador: ¿Cómo sería, si no tuvieras ese tipo de actividades?

Usuario: ...cómo sería...ehhh...no conocería lugares, y también aprendí usar el metro...ehhh... esas cosas me ayudaba... para... porque a mí, me gusta el medio ambiente....el estar en contacto con nuevas personas, nuevos lugares.

Entrevistador: ¿Y eso te ha servido harto?

Usuario: Sí.

Entrevistador: ¿Cambiarías algo del Taller de Salidas?

Usuario: De salidas...mmm...que...que, que fuéramos a lugares más alejados.

Entrevistador: ¿Por qué?

Usuario: Porque nuevos climas, nuevas culturas.

Entrevistador: ¿Te gustaría ir a lugares más lejanos, para conocer otras personas?

Usuario: Claro...por ejemplo el sur, allá tienen cosas nuevas, también podría ser, que durara un poco más el Taller...para hacer más cosas.

Entrevistador: ¿Te gustaría que se extendiera un poco más?

Usuario:...ehhh, por ejemplo cuando fuimos a San Antonio, sí.

Entrevistador: ¿Qué fuera por el día?

Usuario:...claro una parte lejana... claro me gusto estar ahí, ese viaje.

Entrevistador: ¿Qué puedes rescatar de ese viaje, que te llamo la atención?

Usuario: ...fue bonito...porque era un ambiente que nunca había estado, era todo nuevo....yo no pensé nunca... vi volar un pelicano...lo primero que vi cuándo llegue allá fue un pelicano volando, nunca había visto eso...también los lobos marino y todo esta bonito.

Entrevistador: ¿Conociste un lugar que no conocías?

Usuario:....claro, y el viaje entretenido, viendo el ambiente que era campo.

Entrevistador: ¿Y tu relación con tus compañeros en el Taller de Salidas?

Usuario: ...me llevo bien.

Entrevistador: ¿Te sientes en confianza con ellos, para esas actividades?

Usuario: ...sí... bueno...es que a veces, por ejemplo cuando fuimos a ese Taller...a ese paseo, a veces no molestarse tanto al menos, al menos... a mí, me paso eso.

Entrevistador: ¿Te pasa más o menos en ese Taller?

Usuario:...no solo esta vez, pero últimamente no...porque...en general me llevo bien.

Entrevistador: ¿Y cómo es tu relación con la coordinador del Taller?

Usuario: Sí... bien...me llevo...bien, es muy profesional y preocupada...eso.

Entrevista Hombre 2 (H2).

Estado: Egresado.

Entrevistador: ¿Cómo te has sentido?

Usuario: Me he sentido mucho mejor.

Entrevistador: ¿Por qué tú piensas que te sientes mejor?

Usuario:que el ambiente de la casa es más grato, más tranquilo.....y estoy más relajado. Antiguamente está más alterado.

Entrevistador: ¿Cómo es eso?

Usuario:lo que pasa que ese año termine de trabajar, era de comida rápida y me movía a cada rato, estaba acostumbrado a tener una actividad fija.

Entrevistador: ¿Cómo llegaste al Hospital Día?

Usuario: Llegue al Hospital el 2007.

Entrevistador: ¿De qué te ha servido el Hospital?

Usuario: Un gran apoyo....

Entrevistador: ¿En qué?

Usuario: Ocupar mi mente, ocupar mi espacio..., una acogida grata....., es como mi segunda familia..., durante el año que estuve pasaste más tiempo acá... en el Hospital que en mi casa.

Entrevistador: Sobre las actividades del Taller de Teatro. ¿Qué te gustaba?

Usuario: A ver....las actuaciones, lo más que me gustaba, se relajaba, se reía, tenía que pensar...eso me gustaba.

Entrevistador: ¿Te gustaba participar?

Usuario: Al principio no, después si me gustaba participar en el Taller de Teatro.

Entrevistador: ¿Por qué al principio no te gustaba participar?

Usuario: No tenía ánimo de decir nada.

Entrevistador: ¿Cómo así?

Usuario: ...mmm...a lo mejor en ese tiempo no me gustaba el taller, como que era fome...no tenía importancia.

Entrevistador: ¿Cómo era fome?

Usuario: ...general...era los mismo que los otros talleres...hacían las mismas actividades siempre.

Entrevistador: ¿Te acuerdas de esas actividades?

Usuario: No porque ese año taba mal yo.

Entrevistador: ¿Después de ese periodo la participación?

Usuario: Empecé...a compartir con los chiquillos, y empecé a participar en el Taller, así tome el ritmo.

Entrevistador: ¿Cómo es tu relación con tus compañeros?

Usuario: Grato...te sientes en confianza...después de ese lapso que no me gustaba el Taller, me sentí acogido y ellos dan ánimo para participar.

Entrevistador: Las actividades. ¿Te han servido para tu vida?

Usuario: Compartir con los demás, porque antes no compartía con nadie, ahora podía reírme de mi mismo...no andar amargado y triste, eso me ha servido.

Entrevistador: ¿Qué más?

Usuario: Me ha servido para relajarte, porque hacemos actuaciones...para mí era relajante eso, como que botaba todo el stress.

Entrevistador: ¿Cómo te llevas con el coordinador de Teatro?

Usuario: Bien, porque él me daba ánimo para participar en el Taller, desde un principio me justo como profesor, desde cuando llego él conversaba bastante.

Entrevistador: ¿Qué más?

Usuario: Mi relación fue buena, nunca tuvimos problemas, al contrario conversábamos bastante.

Entrevistador: ¿Cambiarías algo del Taller, habría algo que mejorar?

Usuario: Que yo recuerdo no...no cambiaría nada.

Entrevistador: ¿Qué me puedes contar del Taller de Salidas?

Usuario: ...el Taller de Salidas fue importante para mí, porque conocí cosas nuevas, como por ejemplo el Palacio Cousiño, yo no lo conocía, también me gusto cuándo fuimos al Bellas Artes.

Entrevistador: Fue importante para ti ¿Por qué?

Usuario: ...conocer otros lugares...me sirvió para distraerme también.

Entrevistador: ¿Qué más?

Usuario: Eso...

Entrevistador: ¿Qué te ha servido para tu vida?

Usuario: ...como le decía antes, me sirvió para conocer lugares; fue muy especial porque visite lugares que nunca había visto, que sólo había escuchado.

Entrevistador: ¿Participabas a menudo del Taller de Salidas?

Usuario: Al principio si, después tuve un curso, y no podía venir.

Entrevistador: ¿En qué participabas?

Usuario: ... en todo...ehhh... exponía ideas y lugares donde salir, averiguaba información donde íbamos a ir, costo de pasajes fuera de Santiago...como a Buin y Rancagua, que al final por costo de pasaje no pudimos ir.

Entrevistador: ¿Cómo fue tu relación con tus compañeros?

Usuario: Buena, era bueno compartir con ellos en las salidas... yo recuerdo Palacio Cousiño y Bellas y cuando fuimos al San Cristóbal.

Entrevistador: ¿Cómo lo pasaste con ellos?

Usuario: Bien divertido, en ejemplo, uno dice un chiste... al gracioso, se reía uno y lo pasaba bien en eso.

Entrevistador: ¿Cómo era tu relación con el coordinador del Taller de Salidas?

Usuario: Bueno, igual las ideas a donde salir.

Entrevistador: ¿Te sentías en confianza?

Usuario: Si, tenía confianza con ellos en salir...ehhh...

Entrevistador: ¿Cambiarías algo del Taller, algo que mejorar?

Usuario: La organización, porque algunas veces no tenías una organización fija para salir, además en la mañana antes de salir a la salida, algunos llegaban tarde. Me daba un poco de rabia, porque teníamos una hora de salir, y salíamos como una hora y media después; así tienen menos tiempo para las salida.

Entrevistador: La terapia psicológica. ¿Qué te ha servido en tu vida?

Usuario: Ehhh...sentirme un poco más relajado.

Entrevistador: ¿Cómo te sentías antes?

Usuario: Con rabia, porque no tenía a nadie para contarme mis problemas, principalmente problemas.

Entrevistador: ¿Después?

Usuario: Más relajado...más relajado.

Entrevistador: ¿Cómo es tu relación con tu terapeuta?

Usuario: Era buena, porque le contaba todo lo que tenía adentro, y así soy un poco más relajado.

Entrevistador: ¿Te sientes en confianza?

Usuario: Sí, porque las cosas que yo le digo van a estar ante él y yo...eso.

Entrevistador: ¿Te parece que hay que mejorar algo en la terapia?

Usuario: No...me siento bien.

Entrevista Hombre 3 (H3).

Estado: Activo

Entrevistador: Qué implicancia ha tenido la terapia psicológica en su vida cotidiana. (Cree que le ha servido.... ¿en que?, ¿cómo se siente con la terapia?, ¿cómo se sentía antes?).

Usuario: He..... creo que ha significado un cambio muy fuerte en mi.....tomar responsabilidades, He..... me puse independiente, ahora voy al colegio y antes no lo hacia... estuve 3 años sin ir al colegio. Lo que si es que de repente estoy como medio estresado y me siento cansado.

Entrevistador: Cómo es la relación con su terapeuta (¿Como se lleva con él?, ¿se siente en confianza?).

Usuario: He.....yo me siento en confianza, pero a veces las cosas no las toma muy en serio..... Pero yo tampoco, en eso estamos como medios conectados.

Hay una buena onda.....buena comunicación y hay confianza le cuento todo. Si me siento en confianza... el me da una respuesta clara y precisa.

Entrevistador: Cambiaría algo de la terapia (le parece que hay algo que mejorar.... ¿Qué cosa, por que?)

Usuario: Me gustaría hablar de otros temas, me gustaría aprender mas saber más..... Me gustaría saber mas de la enfermedad.....estar conciente de lo que podemos hacer con nuestros problemas.....acá han pasado varias cosas..... debería hablarse más del tema para poder entender más de la enfermedad y por que estamos aquí también.....quiero saber mas de la esquizofrenia.

Entrevistador: ¿Cómo se siente con las actividades en el taller de teatro? (¿Le gusta participar..... participa a menudo?, ¿Cómo se siente con las actividades.....Por que?)

Usuario: Me siento bien, por que aprendemos cosas nuevas por ejemplo a como desarrollar una escena.....a como expresarnos a como hablar, a como hacer gestos.....esto más adelante nos va a ayudar a relacionarnos mejor con las personas..... sirve para desarrollar mejor las actitudes.

Entrevistador: Que implicancia han tenido estas actividades en su vida cotidiana (Cree que le han servido ¿en que?, ¿cómo se sentía antes?)

Usuario: Me ha servido a desarrollarme como persona.....he..... la comunicación la manera de ser, en como establecer una comunicación.

Entrevistador: Cómo es su relación con los compañeros del taller de teatro. (¿Cómo se lleva con ellos..... por qué?, ¿se siente en confianza?)

Usuario: Me siento en confianza..... echamos la talla y aprendemos juntos y compartimos.... aprendemos cosas nuevas.

Entrevistador: Cómo es la relación con el Coordinador del taller (¿Cómo se lleva con él.... Por qué?, ¿Se siente en confianza?)

Usuario: Me llevo bien pero a veces es medio pesado y tira tallas como ordinarias.....pero también puede ser así por que no puede estar enojado todo el tiempo.

Entrevistador: Cambiaría algo del taller (¿Le parece que hay algo que mejorar?... ¿Qué cosa, por que?)

Usuario: El compromiso con las personas. El trabajo en equipo..... A veces alguien sale y entra..... lo mismo me pasa a mí a veces me aburro... me estreso y quiero salir.

Entrevistado: ¿Cómo se siente con las actividades en el taller de Habilidades Sociales? (¿Le gusta participar..... participa a menudo?, ¿Cómo se siente con las actividades.....Por que?)

Usuario: Participación.....de repente por que llego tarde por que estoy en el colegio. Me gusta participar he aprendido varias cosas.....pero igual de repente me da flojera y no puedo realizar las preguntas que me están haciendo.

Entrevistador: Que implicancia han tenido estas actividades en su vida cotidiana (Cree que le han servido ¿en que?, ¿cómo se sentía antes?)

Usuario: Para mejorar mi conducta, y para desarrollar habilidades para escribir para conversar.

Entrevistador: Cómo es su relación con los compañeros del taller de Habilidades Sociales. (¿Cómo se lleva con ellos..... por qué?, ¿se siente en confianza?)

Usuario: De repente me echan tallas raras, el German la Tamara y la Damaris.....y me molestanpero me llaman la atención solo a mí, los demás echan la talla pero la Rocío no les dice nada a ellos.

Entrevistador: Cómo es la relación con el Coordinador del taller (¿Cómo se lleva con él... Por qué?, ¿Se siente en confianza?)

Usuario: Me siento en confianza, yo le hago preguntas de cosas que no entiendo ya que ella sabe más..... Ella me da confianza a veces, pero a veces no entiendo lo que trata de decir y ocupa otras palabras y me confunde..... a veces no le puedo entender.

Entrevistador: Cambiaría algo del taller (le parece que hay algo que mejorar.... ¿Qué cosa, por que?)

Usuario: La relación con la Rocío.....de repente yo hecho tallas y se enoja y me hecha para afuera. Pienso que a lo mejor debiera hacer las cosas en silencio y con calma.....parece que a ella a veces le molesta la bulla, el ruido.

Primera observación participante: Taller de Teatro, 28 de Agosto de 2009.

La actividad propuesta por el coordinador del Taller, refiere a un trabajo en grupo y a la expresión corporal.

Comienza la actividad con un círculo, en donde todos los participantes del Taller, se toman de las manos; con la consigna de “pasar energía”, a través de una apretón de manos. La idea de este juego, que cada uno trasmite la información o energía a su compañero de al lado.

Una vez hecho este ejercicio en varias oportunidades, prosigue con la misma actividad, pero con movimientos de brazos incluidos. Este ejercicio también se repite en varias oportunidades.

Ahora, el coordinador del Taller, conduce otro juego en donde una participante se pone en el centro y comienza con un movimiento propio acompañado de un sonido a elección. La sigla es que este participante que hace el movimiento y emite el sonido, trasmite a otro participante lo que está haciendo, por lo que el otro participante deba repetir el mismo movimiento y sonido; este último participante pasa al centro repitiendo el movimiento y el sonido, hasta modificarlo por uno propio.

Una vez hecho propio el movimiento y el sonido, este elige a otro participante, que a su vez repite el movimiento y sonido hasta modificarlo. Eso se hace con todos los participantes del Taller, sin embargo no a todos les gusta la actividad, por lo que se excluyen de participar y se dedican a observar a los que participan.

Una vez repetido varias veces el ejercicio, la coordinadora del Taller comienza otra actividad, este se refiere a que un participante se pone en el centro y hace un movimiento en particular; después de eso los demás participantes se suman a

este movimiento, copiando la idea de una máquina. La idea es que cada participante sea una parte de la máquina, por lo que se trabaja el movimiento en relación a los demás participantes y sus movimientos, con el objetivo de hacer funcionar una máquina.

La coordinadora del Taller promueve que se formen dos grupos, y que trabajen la idea anterior sobre la máquina, la idea de esto es que después de algunos minutos, el grupo represente su creación al otro grupo, con el objetivo que este adivine lo que se está tratando de representar.

Así, el primer grupo representa una máquina de hacer las tareas, en la cual un integrante representa estar obligado por una tarea; este participante ingresa su tarea a la máquina, la cual hace el, con lo cual trabajo y le entrega el resultado, del cual el integrante que había ingresado la tarea salta de felicidad.

El otro grupo representa una locomotora, en donde cada integrante representa una parte de la locomotora.

Terminado las presentaciones, el coordinador del taller da por finalizada la actividad.

Segunda Observación Participante: Taller de Teatro, 4 de Septiembre de 2009.

Las actividades del taller de teatro son parte del conjunto de actividades realizadas en formato de taller dentro del hospital. Esta dirigido por un coordinador, en la ocasión en que participamos fue asumida dicha función por una actriz.

Al comienzo del taller procede la coordinadora a llamar a los usuarios para comenzar las actividades, esta presupuestada para las 11:00 horas pero comienza con un pequeño retraso ya que los usuarios en la mayoría solo asisten al ser “llamados” y están distribuidos en diferentes lugares del hospital. En el proceso de convocatoria inicial participaron además de la coordinadora dos estudiantes de psicología quienes se encuentran realizando su práctica profesional.

Una vez enterados los usuarios del inicio del taller se procede a instalar los elementos necesarios para la ocasión, se ordena además el espacio adaptando temporalmente el comedor como lugar de ensayo. Por lo que se retiran las mesas y se disponen apiñadas en un extremo, también se disponen los participantes en forma circular. La coordinadora comienza dando las instrucciones de la actividad, esta es un juego en que los sujetos comienzan con una frase la cual se relata secretamente de oído en oído por todos los participantes dispuestos circularmente, al cabo del cual el último de estos tiene por misión declarar en voz alta la frase que escucho, la que nunca coincide íntegramente con la original, y se explicita dicha paradoja. Esta actividad se realiza con todos los participantes del lugar, y se dio por finalizada una vez completado el círculo. Luego del cual la coordinadora comenta a propósito de cómo cambia la información cuando se transmite de boca en boca. Dicha primera actividad impresionó en la participación de todos (tanto funcionarios, usuarios, y yo) mostrando gran despliegue y motivación por este tipo de actividades de corte dinámico y lúdico.

Luego, una vez finalizada esta actividad y en la misma posición la coordinadora guió una dinámica en que se debía comunicar uno con otro libremente solo

mediante mímica, el destino de la comunicación lo elegía el usuario libremente. Partió la coordinadora amasando una especie de esfera imaginaria que luego la tira a un usuario que estaba en el otro extremo del círculo, el cual a su vez modifico el diseño y se lo paso a alguien a su lado. De esta forma todos estaban participando en esta forma de comunicación, a su vez como era una dinámica lúdica mostraron interés y entusiasmo, a esa altura del taller el animo parecía completamente distendido. Y se paso a la tercera actividad del taller, la coordinadora dio las instrucciones y se dividió el grupo en dos, cuyos participantes eligieron libremente en que equipo se quedaban. La idea era representar al grupo una escena de teatro de temática libre, con un inicio desarrollo y desenlace. Una vez formados los grupos (con funcionarios, coordinadora y yo) indistintamente nos reunimos en lugares distantes de la sala para desarrollar la temática, el guión y la historia como los distintos roles a representar, el grupo en el que participe los propios usuarios fueron quienes determinaron estos aspectos, decidiendo en definitiva la historia. Empieza el otro grupo con la exposición que dura aproximadamente 5 minutos, luego de transcurrir la historia, finalizan saludando al publico y procedemos a presentar nuestra historia, que duro un tiempo similar, una vez finalizada saludamos al publico y nos despedimos. Al término del taller volvimos a disponernos en círculos, se contaron algunas impresiones y nos despedimos.

Primera observación: Taller de Salidas, 26 Agosto de 2009.

La actividad propuesta por la coordinadora del Taller, refiere a la planificación de una próxima salida fuera del Hospital Día.

Los adolescentes sugieren dos alternativas:

La primera propuesta la realiza un usuario, que sugiere la visita al Templo de Maipú, lugar donde habían ido hace un tiempo atrás, pero que les gusto mucho, por tanto querían repetir la experiencia. A esta propuesta se adjuntan tres personas más, dos usuarios y un co-ayudante del taller.

La segunda propuesta la realiza otro usuario, que quiere tener la experiencia de viajar en tren, haciendo el circuito Metro Tren dirección San Bernardo. A este usuario, se adjuntan tres personas más, por encontrar novedosa la propuesta.

Me comenta la coordinadora, que uno de los objetivos del taller es promover que los usuarios participen del taller eligiendo los destinos a donde ellos les gustaría ir, por lo que siempre se insita a que ellos manifiesten sus gustos.

Una vez realizadas las propuestas, la coordinadora del Taller manifiesta que hay un empate de las dos propuestas, por lo que hay que votar, decidiéndose al final adherir a la propuesta del viaje en tren dirección San Bernardo.

Llama la atención, que la persona quien promueve la primera salida al Templo de Maipú, votara por la propuesta viaje en tren. Esto se debe a que esta persona escucha, algunos comentarios del coordinador y sus co-ayudantes, que le explican que al Templo de Maipú ya habían ido.

Una vez concluido ese cambio, se adjunta a la propuesta del viaje en tren. La coordinadora del taller establece, planificar esa salida, dando las sugerencias necesarias para la realización de esa actividad.

Estas sugerencias constan de, llamar por teléfono a un contacto anterior, con el objetivo de conseguir una baja en el precio de los pasajes. A esta sugerencia se adhiere un usuario y un co- ayudante del Taller, para realizar este llamado. Estas personas salen de la sala a ejecutar la sugerencia.

Otra sugerencia comprende averiguar el valor del pasaje y horarios de salidas del Metro Tren, dirección San Bernardo. Se adjunta a esta sugerencia dos usuarios, para buscar vía internet esos datos.

Una vez concluidas esas tareas, la coordinadora del Taller contextualiza los acuerdos y requisitos para llevar a cabo la salida del próximo miércoles. Se define que se necesitara, un valor de 1.100 pesos, para el pasaje ida y vuelta en Metro Tren, dirección San Bernardo. Eso previa averiguación del valor de los pasajes.

También se pregunta, si las personas que les gustaría participar de la salida, disponen del dinero del pasaje, lo cual la mayoría dice que si, quedando dos usuarios que lo consultaran con su padres.

La coordinadora del Taller explica que se les pide ese valor, independiente de la rebaja en los pasajes vía carta que se pretende realizar, ya que no es segura de conseguir su aprobación.

Además, se define que todos los participantes de la actividad deben llegar el próximo miércoles a las 9:30 horas, ya que el horario de salida del Metro Tren, es a las 11:00 horas, por lo que a las 10:30 horas, ya tendríamos que salir de Hospital Día.

La coordinadora del Taller, explica que este acuerdo se vuelve a informar en otro espacio el día Lunes próximo, con el objetivo de confirmar asistencia y resolver tareas pendientes, en este caso la rebaja del valor del pasaje vía carta.

Una vez concluido lo anterior, la coordinadora del Taller da por finalizado la actividad.

Comentarios de la coordinadora del Taller en cuanto a las actividades que se realizan en este espacio.

Nos comenta que la participación es siempre dirigida, ya que uno de los objetivos del Taller es promover la participación de los usuarios, según sus intereses personales.

Afirma que hay usuarios, que siempre participan en la misma función del taller, ya que la mayoría de los usuarios conocen la rutina del Taller.

Además, afirma que siempre son los mismos que participan, y que los demás acompañan a los que se desenvuelven mejor.

Segunda observación: Taller de Salidas, 2 Septiembre de 2009.

El punto de reunión es el Hospital Día, donde anteriormente se fijó que todos los que participen de la actividad deben llegar antes de las 10:30 horas, ya que a esta hora se sale del Hospital Día, dirigiéndose a la Estación Central, lugar desde se toma el Metro Tren, dirección San Bernardo.

La idea propuesta por la coordinadora del Taller, es que todos vayamos juntos y tratemos de no separarnos, teniendo en cuenta que el viaje en Metro Tren, sea lo más agradable para todos y que disfrutemos del paseo.

Salimos del Hospital Día a las 10:45 horas, todos llevan sus colaciones y la tarjeta Bip cargada; caminamos hacia el paradero para tomar la locomoción.

Las conversaciones de todo el grupo son de carácter cotidiano, referido a experiencias personales o situaciones pasadas. Habitualmente la coordinadora

nos comenta, que le dice al grupo que no se separe y que escuchen las instrucciones.

Llegamos a la Estación Central a las 11:20 horas, después de algunas estaciones en el Metro, todos comentan que busquemos a otros usuarios para que se integren al grupo. A su vez la coordinadora del Taller presenta la carta de rebaja de pasajes en la boletería de la estación, teniendo algunos problemas para el descuento de la tarifa, en ese trámite nos informan que debemos tomar el Metro Tren dirección San Bernardo a las 12:00 horas, por lo que existe un lapso de tiempo considerable a esperar.

Mientras tanto se decide recorrer la Estación Central, que posee algunos puesto de artesanía, del cual todos acompañamos para mirar las cosas que ahí vendían. A su vez la coordinadora del Taller dice que ya es hora de subir al Metro Tren, lo que provoca un entusiasmo generalizado de todos, ya que la espera fue bastante. Durante el viaje, el grupo se acomoda y conversa sobre el paisaje, y algunas cosas referidas al funcionamiento de los trenes, etc. También se acuerda que actividades vamos a realizar una vez llegado a San Bernardo, de lo cual se decide ir a la plaza de San Bernardo, a pesar que está lloviendo.

Una vez en San Bernardo, se decide caminar juntos dirigiéndonos a la plaza, en donde se decide entre los usuarios comer la colación, una vez que todos terminan su colación, se decide recorrer los alrededores de la plaza.

En el transcurso de este viaje, también se decide visitar la casa de la cultura de San Bernardo, ubicada a pocas cuadras de la plaza, en la cual una vez llegado a ese lugar preguntamos si había alguna actividad que pudiéramos observar.

Cuando nos informan que no hay actividades disponibles, el grupo decide caminar a la estación para el viaje de vuelta a Santiago. A su vez todos comentan del paseo y que les gusto conocer la casa de la cultura, sobretodo en cuanto a su arquitectura, ya que esta es muy antigua, al igual que varias casas que están alrededor.

Una vez llegada a la estación, esperan el tren dirección Santiago. Tras el viaje todos comentan que les gusto, el paseo sobretodo el viaje en Metro Tren. Posteriormente se llega a Santiago y la coordinadora del Taller finaliza la actividad.