

Índice

Introducción.....	7
La Psiquiatría y la Salud Mental comunitaria: un largo camino.	11
<i>Los procesos de reforma a la atención Psiquiátrica en el mundo: desde el Hospital</i>	
<i>Psiquiátrico hacia la comunidad.</i>	<i>13</i>
<i>Evaluando los Servicios de Salud Mental: una necesidad en desarrollo.....</i>	<i>15</i>
<i>La situación de los servicios de Salud Mental en los países de bajo y medianos</i>	
<i>ingresos.</i>	<i>19</i>
<i>Los servicios de Salud Mental en el contexto de la Salud Pública.</i>	<i>24</i>
<i>Salud Mental y Salud Pública: acerca de experiencias de cooperación académica. 27</i>	
<i>Bibliografía.....</i>	<i>31</i>
Construyendo estrategias de promoción de la salud mental y prevención de los	
trastornos mentales con la comunidad de Malvinas Argentinas.	37
<i>Introducción a la experiencia.....</i>	<i>41</i>
<i>Justificación.....</i>	<i>43</i>
<i>Marco conceptual y objetivo.</i>	<i>44</i>
<i>Diseño metodológico de la experiencia y ejecución.</i>	<i>46</i>
<i>Resultados obtenidos.....</i>	<i>47</i>
<i>Evaluación de éxitos y fracasos.</i>	<i>60</i>
<i>Enseñanzas extraídas y conclusiones arribadas.</i>	<i>61</i>
<i>Bibliografía.....</i>	<i>63</i>
Diseño de un programa para el desarrollo positivo en niños desde el nacimiento	
hasta los seis años, Colombia.	67
<i>Introducción a la experiencia.....</i>	<i>69</i>
<i>Justificación.....</i>	<i>74</i>
<i>Dimensión ideológica o marco conceptual en el que se sostiene la experiencia.....</i>	<i>75</i>
<i>Objetivo.</i>	<i>76</i>
<i>Diseño metodológico de la experiencia y ejecución.</i>	<i>76</i>
<i>Resultados obtenidos.....</i>	<i>78</i>
<i>Evaluación de éxitos y fracasos (logros y problemas que se presentaron).</i>	<i>79</i>
<i>Enseñanzas extraídas.</i>	<i>80</i>

<i>Conclusiones arribadas</i>	80
<i>Bibliografía</i>	81
<i>Anexos</i>	83
Resiliencia y factores asociados en mujeres embarazadas con fetos con malformación congénita en Río de Janeiro, Brasil	85
<i>Introducción</i>	87
<i>Métodos</i>	88
<i>Resultados</i>	89
<i>Discusión</i>	91
<i>Conclusión</i>	93
<i>Bibliografía</i>	95
<i>Anexos</i>	98
Experiencias desarrolladas para la promoción de la salud mental en Córdoba, Argentina	101
<i>Experiencia N° 1: taller de huerta como transformador de las prácticas manicomiales</i>	103
<i>Introducción</i>	103
<i>Historia y realidades de la experiencia. Justificación</i>	104
<i>Marco conceptual donde se sostiene la experiencia</i>	104
<i>Diseño metodológico de la experiencia</i>	107
<i>Evaluación de éxitos, fracasos y aprendizajes conjuntos</i>	108
<i>Síntesis a modo de cierre</i>	109
<i>Experiencia N° 2: la fotografía “mensajes de vida”. Promoción de la salud mental en la tercera edad</i>	110
<i>Introducción</i>	110
<i>Justificación</i>	111
<i>Marco conceptual donde se sostiene la experiencia</i>	111
<i>Objetivo general</i>	113
<i>Objetivos específicos</i>	113
<i>Diseño metodológico de la experiencia y ejecución</i>	113
<i>Factibilidad de ejecución</i>	114
<i>Éxitos y dificultades</i>	114
<i>Enseñanzas extraídas</i>	114

<i>Experiencia N° 3: Proyecto de protocolo y festejos como estrategia de inclusión social</i>	115
<i>Introducción</i>	115
<i>Dimensión ideológica donde se sostiene la experiencia</i>	116
<i>Primera etapa del Proyecto: Sensibilización</i>	117
<i>Segunda etapa del Proyecto: Planificación</i>	117
<i>Tercera etapa del Proyecto: Ejecución</i>	118
<i>Cuarta etapa del Proyecto: Evaluación</i>	118
<i>Éxitos y fracasos</i>	119
<i>Enseñanzas extraídas</i>	119
<i>Bibliografía</i>	121

La dimensión sociocultural de las prácticas de autoatención en salud en una comuna del norte chileno. Un aporte al conocimiento de la cultura de sanación de origen indígena	125
<i>Equipo de trabajo</i>	127
<i>Introducción a la experiencia: el mito de origen</i>	127
<i>Justificación</i>	132
<i>Marco teórico</i>	134
<i>Objetivos de la investigación</i>	137
<i>Metodología</i>	138
<i>Resultados de la Investigación</i>	139
<i>Reflexiones finales</i>	141
<i>Bibliografía</i>	143
<i>Anexo</i>	144

Experiencia de una investigación en salud pública como herramienta de transformación social y visibilización de las problemáticas de derechos humanos en los Pueblos Originarios de Argentina: hacia un abordaje de las temáticas de reparación histórica	149
<i>Contexto socio-histórico del genocidio sobre el pueblo Wichí</i>	153
<i>Noventa años después: Construyendo procesos de reparación histórica</i>	153
<i>¿Cómo valora esta experiencia el equipo de investigación?</i>	157
<i>Nuestras principales conclusiones</i>	157
<i>Bibliografía</i>	159
<i>Anexo</i>	161

Intervención comunitaria para mejorar la detección de casos con primer episodio de psicosis en atención primaria en Chile.....	169
<i>Introducción.....</i>	<i>171</i>
<i>Fundamento teórico y empírico que sustenta el desarrollo de intervenciones orientadas a reducir el periodo de psicosis no tratada.....</i>	<i>172</i>
<i>Experiencias de programas de intervención precoz en primer episodio de psicosis.....</i>	<i>173</i>
<i>Características y desarrollo de la intervención.</i>	<i>176</i>
<i>Resultados.....</i>	<i>177</i>
<i>Evaluación de proceso en los participantes de la intervención.</i>	<i>179</i>
<i>Aprendizajes y Conclusiones.</i>	<i>179</i>
<i>Bibliografía.....</i>	<i>181</i>
Evaluación de las condiciones de vida y las necesidades de usuarios residentes de hogares protegidos para personas con enfermedades mentales en Chile.	185
<i>Introducción.....</i>	<i>187</i>
<i>Antecedentes.</i>	<i>188</i>
<i>Objetivo General.</i>	<i>190</i>
<i>Método.</i>	<i>191</i>
<i>Resultados Cualitativos.</i>	<i>193</i>
<i>Resultados Cuantitativos.</i>	<i>195</i>
<i>Logros, limitaciones y enseñanzas.</i>	<i>197</i>
<i>Conclusiones.....</i>	<i>198</i>
<i>Bibliografía.....</i>	<i>201</i>
Unidad de psiquiatría del hospital Padre Hurtado: experiencia de trabajo en psiquiatría comunitaria en el área de influencia de un hospital general.	205
<i>Introducción.....</i>	<i>207</i>
<i>Justificación.</i>	<i>207</i>
<i>Marco conceptual.</i>	<i>207</i>
<i>Objetivos.....</i>	<i>208</i>
<i>Diseño metodológico.</i>	<i>208</i>
<i>Resultados obtenidos.</i>	<i>208</i>
<i>Éxitos.</i>	<i>218</i>
<i>Fracasos.</i>	<i>219</i>
<i>Enseñanzas y Conclusiones.</i>	<i>219</i>
<i>Bibliografía.....</i>	<i>221</i>

Pasos en la inclusión de pares en una institución dedicada a la asistencia y la rehabilitación en salud mental.....	223
<i>Introducción.....</i>	225
<i>Justificación: contextualización de la experiencia.....</i>	226
<i>Objetivos.....</i>	228
<i>Diseño y ejecución de la experiencia.....</i>	229
<i>Resultados obtenidos.....</i>	236
<i>Evaluación de éxitos y fracasos.....</i>	242
<i>Enseñanzas extraídas: propuestas para el futuro.....</i>	243
<i>Conclusiones.....</i>	244
<i>Bibliografía.....</i>	245
Programa Austral: compartiendo una experiencia de vida.....	249
<i>Introducción a la experiencia.....</i>	251
<i>Marco conceptual donde se sostiene la experiencia.....</i>	253
<i>Objetivos.....</i>	254
<i>Diseño metodológico de la experiencia y ejecución.....</i>	255
<i>Rehabilitación socio productiva y reinserción comunitaria básica integral.....</i>	258
<i>Resultados obtenidos.....</i>	259
<i>Nuestra evaluación acerca de éxitos y fracasos.....</i>	260
<i>Comentario final.....</i>	261
<i>Enseñanzas extraídas.....</i>	261
<i>Bibliografía.....</i>	263
Programas para reducir estigma hacia la enfermedad mental: lecciones para Latinoamérica.....	265
<i>Introducción.....</i>	267
<i>Conceptualización del estigma.....</i>	268
<i>Intervención del estigma.....</i>	270
<i>Revisión de programas.....</i>	270
<i>Discusión.....</i>	283
<i>Principales logros.....</i>	283
<i>Principales limitaciones.....</i>	284
<i>Implicancias para América Latina.....</i>	285
<i>Bibliografía.....</i>	287

Estigma y desarrollo de un taller de memoria histórica en personas que fueron víctimas de la represión política en Chile.	295
<i>Introducción.....</i>	<i>297</i>
<i>Taller de Memoria Histórica.</i>	<i>305</i>
<i>Bibliografía.....</i>	<i>309</i>

Implementando intervenciones comunitarias basadas en la evidencia, para el tratamiento de personas con enfermedades mentales severas.....	311
<i>Introducción.....</i>	<i>313</i>
<i>Comunidad, protección y autonomía.....</i>	<i>313</i>
<i>Comunidad, comunicación y cuidado.</i>	<i>314</i>
<i>Comunidad y Red Social.</i>	<i>316</i>
<i>La experiencia de los CAPS en Brasil.....</i>	<i>319</i>
<i>Comunidad e Identidad.</i>	<i>320</i>
<i>Introduciendo tratamientos comunitarios basados en la evidencia, para personas con enfermedades mentales severas.....</i>	<i>322</i>
<i>Algunas conclusiones y reflexiones finales.....</i>	<i>329</i>
<i>Bibliografía.....</i>	<i>333</i>

INTRODUCCIÓN.

Previo a presentar el libro creemos necesario expresar nuestro agradecimiento a todos quienes han colaborado en la construcción del mismo. En primer lugar agradecer a todas las comunidades que generosamente ofrecen el espacio para que los profesionales de la salud mental compartan sus inquietudes y sus propuestas; a los integrantes del equipo de RedeAméricas que confiaron en proponer sus producciones para formar parte del libro; al Dr. Rubén Alvarado, experto en salud mental comunitaria, por su colaboración en la coordinación de todos los aportes de los profesionales de Chile, pero fundamentalmente al amigo, por su generosidad y su estímulo permanente para pensar en la salud mental más allá de las utopías.

A nuestro joven equipo de investigación, por su compromiso y sus aspiraciones a formarse como buenos profesionales y por su confianza, a que ese camino, puede ser recorrido dentro de nuestro equipo. Al Dr. Rubén Ferro, quien a partir de su Instituto de Salud Mental y de la Maestría en Salud Mental nos ha permitido enriquecer el intercambio de experiencias; y a los Fondos Nacionales de Investigación porque aunque con una presencia histórica de subsidios en el área básica de la salud, confiaron en un proyecto de salud con impronta comunitaria.

Este libro surge a partir de la confluencia de dos emprendimientos llevados a cabo por el equipo de investigación, por un lado las investigaciones efectuadas durante varios años en la comunidad de Malvinas Argentinas de la provincia de Córdoba, que focalizó nuestro interés en la vinculación de la salud pública y el área de la salud mental comunitaria. El otro fue impulsado por el Dr. Rubén Alvarado, quien se constituye en el asesor experto del equipo y con quien comenzamos hace algunos años un camino compartido en las propuestas de salud mental.

Se sumaron a participar de la propuesta de este libro, profesionales de la salud mental de nuestra localidad, profesionales de RedeAmericas y profesionales de Chile, generando una sucesión de capítulos que reflejan las experiencias de los autores de distintas disciplinas y perspectivas, donde se conjugan entramados conceptuales y huellas de diversas prácticas profesionales.

Como primer capítulo se presenta un abordaje de contexto del quehacer de la psiquiatría y la salud mental comunitaria, con las características de sus actuales desafíos. Posteriormente, desde el segundo al quinto capítulo se comparten propuestas desarrolladas en y con comunidades específicas, en donde el eje es la promoción de la salud y la prevención de trastornos mentales. Estos capítulos presentan como modos de acción un proceso de integración donde se incluye la divulgación de información, la consulta y la participación de las partes interesadas.

El sexto y séptimo capítulo están referidos a experiencias en comunidades indígenas, en donde se suman desde la perspectiva de la promoción de la salud, el registro documental de

.....
la diversidad de prácticas en salud, describiendo y analizando las prácticas de autoatención en una comuna del Norte Grande Chileno, y el registro documental de acciones colectivas y prácticas comunitarias que fortalecen los rasgos identitarios de pueblos originarios de Argentina.

El capítulo número ocho, da cuenta de una valiosa experiencia de intervención en atención primaria, orientada a la detección temprana de las personas que cursan su primer episodio de psicosis, trabajando en forma paralela con los profesionales de atención primaria y organizaciones de una comunidad de Chile. El capítulo siguiente, describe las condiciones de vida y la satisfacción de necesidades básicas, psicológicas y sociales en un grupo de usuarios residentes de hogares protegidos de la región de Valparaíso.

El décimo capítulo también relata la experiencia de profesionales de Chile que generan desde la perspectiva de la psiquiatría comunitaria, una Unidad Especializada para la Atención Ambulatoria, en el contexto de un hospital general.

El capítulo siguiente comparte la experiencia acerca del desafío de la inclusión de pares en una institución argentina de salud mental, y en el capítulo doce, se comparte la experiencia, también en Argentina, de la puesta en marcha del Programa Austral, que se construye bajo la perspectiva de lograr la reinserción comunitaria integral de personas con trastornos mentales graves y sus familias.

Siendo el estigma un problema de sumo interés en el marco de la atención comunitaria en salud mental, este tema no podía estar ausente en este libro, así los capítulos trece y catorce tratan acerca de esta temática. El primero es un documento de revisión del estigma y las estrategias antiestigma, concluyendo acerca de la implicancia de programas para América Latina y el Caribe. El segundo de estos documentos, aborda el estigma en una comunidad específica de personas, víctimas de la represión política en Chile.

Finalmente el lector, luego de internalizar en su mirada las distintas perspectivas presentadas por los autores, se verá ante el desafío que proponen los autores del capítulo quince, el cual transcribimos para respetar la claridad de dicha propuesta: “...construir un plano de discusión dialéctica en el cual los lectores se puedan ver interpelados en su forma de “mirar” a las personas que viven con una enfermedad mental severa ...”.

Como responsables de la compilación de este libro podemos subrayar que en todos los capítulos se refleja la presencia de grupos de trabajo, dando cuenta que a través del reconocimiento de sus integrantes y la construcción de sus propias referencias teóricas y prácticas, establecen nuevos lazos vinculares con otros espacios sociales y organizaciones que puján por objetivos afines. Se observa a demás, a lo largo de las experiencias y las reflexiones, el desarrollo de la mirada hacia la salud mental comunitaria, construyendo propuestas de trabajo basados en los derechos humanos.

Esperamos que este libro resulte de interés y sea útil a los lectores, no sólo a los profesionales e investigadores, sino fundamentalmente a los miembros comprometidos con su comunidad, que trabajan cotidianamente en pos de una mejor calidad de vida.

Ruth Fernández y Julio Enders.



LA PSIQUIATRÍA Y LA SALUD MENTAL COMUNITARIA: UN LARGO CAMINO.

Autores:

Rubén Alvarado.

Médico-Psiquiatra. Magister en Salud Pública. PhD en Psiquiatría y Cuidados Comunitarios.

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

E-mail: ralvarado@med.uchile.cl

Ruth Fernández.

Médica. Doctora en Medicina y Cirugía, Mgtr. y Esp. en Docencia Universitaria.

Profesora Titular. Escuela de Salud Pública, FCM – UNC.

E-mail: aruthfernandez@gmail.com

Julio Enrique Enders.

Lic. en Físico-Química. Doctor en Ciencias Químicas, Diplomado en Estadística aplicada a la Epidemiología.

Profesor Titular, FCM – UNC.

E-mail: jeenders@gmail.com

Los procesos de reforma a la atención Psiquiátrica en el mundo: desde el Hospital Psiquiátrico hacia la comunidad.

La atención de personas con trastornos mentales ha evolucionado con profundos cambios en los dos últimos siglos. Thornicroft & Tansella⁴⁵ han propuesto diferenciar tres períodos en esta historia: a) el desarrollo de los manicomios (hospitales psiquiátricos), b) la reducción de estos manicomios, y c) la re-formulación de los servicios de atención en salud mental.

El primer período, que transcurría entre el siglo XIX y la mitad del siglo XX, se caracteriza por la construcción de grandes asilos o manicomios para las personas que sufren trastornos mentales. Toda la atención se brinda en estas instituciones, donde los pacientes son internados aislándolos de su medio habitual y permaneciendo allí por largos períodos de tiempo (a veces de por vida). Un ejemplo de esto fue lo ocurrido en el Reino Unido durante este período (1827 a 1950), donde el número de hospitales psiquiátricos creció de 9 a 98, el número de pacientes internados desde 1.046 a 147.546 y el promedio de pacientes por hospital desde 116 a 1.221.¹³ Vale decir que esta institución creció en todos los sentidos: en número de dependencias, en número de residentes y en su volumen.

En segundo período se caracteriza por la reducción progresiva de los hospitales psiquiátricos y se ubica más o menos entre los años 1950 y 1980. El inicio de esta etapa es producto de las diversas críticas que se realizan a la institución del hospital, a los procedimientos que allí se realizan y a los resultados obtenidos, entre las que se pueden destacar: ineficacia de los tratamientos para reducir la psicopatología; aislamiento de los pacientes y pérdida de sus redes de apoyo, inclusive sus familias; pérdida de las capacidades para la vida cotidiana y el funcionamiento social; malas condiciones para los pacientes y administración ineficiente de estas instituciones; y el desarrollo de una cultura organizacional caracterizada por el abandono de los pacientes, su represión como forma de manejo conductual y la pérdida del respeto básico a los derechos humanos.^{13,19}

Durante esta etapa se producen avances muy importantes para la atención de personas con trastornos mentales que evolucionan en forma crónica y con diversos de discapacidad: se produce un cambio en las relaciones con los pacientes basado en una filosofía más humanista; se desarrollan las intervenciones orientadas a la rehabilitación buscando la recuperación máxima de las funciones sociales y laborales; se comienzan a utilizar en forma creciente los fármacos antipsicóticos, lo que permitió disponer de una gran herramienta terapéutica y un sentido más optimista frente al pronóstico de estas enfermedades; se producen avances notables en la nomenclatura y clasificación de las enfermedades, lo que a su vez impulsa el desarrollo de la investigación epidemiológica de tipo poblacional.

En la tercera etapa, que en general transcurre desde los años 80' hasta ahora, se plantea un

.....

rediseño completo de los sistemas de atención en salud mental, donde se traslada la atención desde los hospitales hacia la comunidad, se amplían los tipos de intervenciones (con gran desarrollo de las de tipo psicosocial) y se pone énfasis en los resultados obtenidos, se desarrollan y/o perfeccionan los instrumentos reguladores (jurídicos y administrativos) y se pone énfasis en que los cuidados sean continuos a través de una red de servicios.

Los períodos descritos corresponden a un proceso que ha seguido un curso bastante similar en los países desarrollados, aunque los períodos de tiempo sean diferentes en cada lugar.

Otra conceptualización ha sido la propuesta por Stastny & Amering,⁴⁰ que se superpone y complementa lo descrito por Thornicroft & Tansella.⁴⁵ Estos autores ponen énfasis en los paradigmas imperantes en cada período, lo que permite comprender mejor los procesos con el auge y caída de un paradigma dado, la superposición de estos y el predominio de uno u otro en diferentes lugares. Ellos identifican cinco paradigmas:⁴⁰

- La “institucionalización arquitectónica”, que corresponde al método del asilo basado en la segregación de las personas con trastornos mentales con la finalidad de poder estudiarlos y tratarlos. Es similar a lo descrito en el primer período por Thornicroft & Tansella.⁴⁵
- El “compromiso programático por estructuras basadas en la comunidad”, que en sus inicios fue la idea que fundamentó el movimiento de desinstitucionalización y reducción de los hospitales psiquiátricos. Durante los comienzos se asemejaba al traslado de dependencias de los hospitales a la comunidad. Con el tiempo se fue desarrollando una compleja red de intervenciones médicas y psicosociales que representan un entorno más cercano a la vida real, sin embargo se mantienen los ambientes tutelados (lo que se ha dado en llamar la “institucionalización extramuros”).
- El “enfoque integracionista/normalizador” es un cambio cualitativo respecto del anterior. Basándose en las estructuras desarrolladas en la comunidad, se busca que las personas afectas a discapacidades mentales puedan elegir los entornos y las actividades en las cuales participan. Se trata de una perspectiva mucho más individualizada, que respeta las opciones de estas personas. Sin embargo, la experiencia demostró que los resultados dependían de otras variables del contexto y que iban más allá de las opciones del paciente.
- El modelo de la “atención en red”, que plantea la estrecha coordinación de diferentes dispositivos sanitarios y sociales con la finalidad de entregar una diversidad de servicios de acuerdo a las necesidades de cada paciente en particular. Estas redes deben poseer la capacidad para proveer los servicios, deben articularse para facilitar el acceso a ellas y deben ser adecuadas a cada realidad específica.

-
- El modelo de “capacitación del consumidor y los cambios de rol asociados” constituye el paradigma más reciente. El principio fundamental es la capacitación y el empoderamiento de los pacientes a través de grupos de auto-ayuda y organizaciones autónomas, a través de las cuales participan en los procesos de planificación y evaluación de las intervenciones clínicas y de rehabilitación. El elemento central es el paso de un centro de control externo a un centro de control interno, un cambio desde métodos paternalistas a métodos más democráticos y participativos.

De esta forma, se han ido construyendo los fundamentos y los hechos que marcaron los procesos de reforma en la atención psiquiátrica en el último medio siglo en los países desarrollados.

A modo de síntesis, podemos plantear que cuatro son los procesos centrales de esta reforma: 1) la desinstitucionalización de pacientes crónicos y la disminución en la entrada de nuevos pacientes a estas dependencias de larga estadía; 2) el desarrollo de alternativas de atención en la comunidad; 3) la creación de redes de servicios que aseguren la continuidad y diversidad de estos; y 4) la capacitación y empoderamiento de los usuarios y sus familiares.

Al mirar desde una perspectiva amplia lo ocurrido en Norteamérica y Europa, se observa que los tiempos en que se han desarrollado estos procesos son disímiles y que el grado de avance de la reforma en la atención psiquiátrica es desigual entre países y dentro de estos, lo que agrega una complejidad a planificadores y gestores de la política sanitaria.^{7,17,35,38}

Evaluando los Servicios de Salud Mental: una necesidad en desarrollo.

Evaluación de los resultados producidos por la organización de la atención psiquiátrica.

Desde los primeros estudios que buscaron evaluar los resultados del proceso de desinstitucionalización y sus alternativas comunitarias se observaron impactos positivos en los pacientes. En una revisión de una gran cantidad de trabajos previos a 1980, Braun et al⁹ señalaron que la mayoría de los estudios tenían problemas que afectaban su validez interna y externa, limitando así la generalización de sus resultados. Sin embargo, se podía afirmar que una desinstitucionalización satisfactoria dependía de la disponibilidad de apropiados programas de cuidados basados en la comunidad. En concordancia con esto, Stein & Test⁴¹ reportaron que un grupo de pacientes que habían sido trasladados desde un hospital psiquiátrico a un modelo de atención comunitario, después de 14 meses redujeron sus necesidades de hospitalización y mejoraron sus capacidades y funcionamiento en forma ostensible. Los que tuvieron que abandonar el programa vieron deteriorados los logros obtenidos.

En la década siguiente se continuaron desarrollando evaluaciones, pero bajo un contexto de mayor desarrollo del modelo comunitario, de los dispositivos específicos y de los programas para proveer cuidados más intensivos y en base a las necesidades de cada paciente

.....

en particular. Sistemáticamente se han encontrado resultados positivos en la calidad de vida reportada por los pacientes, en sus habilidades para la vida diaria, en su funcionamiento e integración social y en el desarrollo de habilidades para el desempeño en el trabajo y en roles ocupacionales.^{11,15,18,30,39} Sin embargo, no se encontraron mejorías sustantivas en el cuadro psicótico (específicamente en los síntomas positivos) y no siempre los resultados fueron buenos en el funcionamiento social.¹⁰ Además, algunos estudios mostraron que no todos los pacientes lograban mantenerse en la comunidad y existía un pequeño grupo que requería de frecuentes hospitalizaciones, en especial eran personas jóvenes con diagnóstico de esquizofrenia que tenían una historia de conductas agresivas y violentas.²⁷

Uno de los proyectos más sistemáticos en la evaluación del impacto que ha tenido la transformación de la atención psiquiátrica en los pacientes trasladados a la comunidad ha sido el TAPS Project (Team for the Assessment of Psychiatric Services Project), que nació para evaluar la política de desinstitucionalización llevada adelante por la Regional Medical Officer of the North East Thames Regional Health Authority, correspondiente al cierre progresivo de los Hospitales Claybury y Friern en el año 1983.²⁵ Sus resultados siguen alimentando nuestro conocimiento en este campo hasta el día de hoy.

La evaluación al primer año de seguimiento mostró grandes ventajas y pocas dificultades. Para el paciente, los mayores logros fueron una reducción significativa de sus síntomas negativos (demostrando que estos estaban más relacionados con la baja estimulación que tenían dentro de los hospitales), un incremento en sus habilidades para la vida diaria, mucha más libertad y riqueza en sus relaciones sociales. También se mantuvo una buena adherencia a los tratamientos. Por otra parte, no hubo mayores cambios en los síntomas positivos (alucinaciones y delirios) e incluso en algunos casos se observó un empeoramiento y pocos pacientes tuvieron visitas de sus familiares.^{7,8,26} A los 5 años de seguimiento estos resultados se mantuvieron y en forma adicional se observó que: había una tasa de mortalidad mayor a la esperada para la edad y sexo de este grupo, pero semejante a la de pacientes que se mantenían en el hospital; la tasa de suicidio fue similar a la encontrada en otros pacientes con esquizofrenia; la frecuencia de delitos cometidos por pacientes fue muy baja, pero los delitos cometidos contra ellos fueron frecuentes, de forma que ellos fueron objeto más que perpetradores de delitos; y la vagancia fue más frecuente en los primeros pacientes que fueron desinstitucionalizados que en los años siguientes, lo que se explica por una cierta inestabilidad e inexperiencia con el manejo residencial en los primeros casos.²⁶ Los reportes más recientes siguen reflejando las mismas conclusiones.²⁴

Resultados similares se reportaron en el PRISM Psychosis Study, donde se compararon los resultados en pacientes que padecían un trastorno psicótico y que eran atendidos en dos

.....
modelos basados en la comunidad (uno de tipo estándar y otro con asistencia intensiva).⁴⁶ Ellos lograron demostrar que los buenos resultados obtenidos en estudios de tipo experimental eran reproducibles en los sistemas comunitarios, que el tamaño del efecto era un poco menor a estos y que ambos modelos eran similares en sus resultados (con alguna ventaja para el que proveía asistencia intensiva, respecto de la satisfacción de necesidades, la calidad de vida y las redes sociales).⁴⁷

La inserción de los pacientes en la comunidad puso en evidencia los problemas que derivan de las ideas prejuiciosas acerca de los enfermos mentales: estigma y discriminación. Se han estudiado las actitudes del público en general y de las personas que viven cerca de la residencia comunitaria de los pacientes. El reconocimiento de este problema y sus efectos en los pacientes ha dado lugar al desarrollo de estrategias en diversos niveles, que se suman a la lucha por los derechos civiles y la no discriminación de otros grupos que también son objeto de conductas estigmatizadoras.^{22,49}

Aunque los logros del modelo basado en la comunidad han sido muy importantes, junto a estos han aparecido varios problemas, pero que en gran medida obedecen a problemas en la implantación de las políticas, de los dispositivos y de las redes de atención, más que al modelo propiamente tal.

Los más importantes son:

- El surgimiento de los llamados “nuevos crónicos”, pacientes que viven en la comunidad, a veces como vagabundos, cuyas necesidades básicas y psicosociales no siempre logran ser suficientemente atendidas;
- El fenómeno conocido como “trans-institucionalización”, caracterizado por una transferencia de la dependencia institucional desde los hospitales a los servicios sociales u otras instituciones como presidios o dependencias de la caridad;
- La transferencia de parte de los cuidados a las familias o a quienes se hicieran cargo de los pacientes, dando lugar al fenómeno descrito como “carga familiar o de los cuidadores”, que involucra una dimensión objetiva (que considera los costos económicos) y una subjetiva; y,
- Los problemas derivados de la estigmatización y discriminación de estas personas que limitan su buen funcionamiento psicosocial y su calidad de vida.

Análisis económicos.

En cuanto a los análisis económicos de intervenciones para personas con esquizofrenia, Knapp²³ resumiendo varias revisiones sistemáticas y meta – análisis a esa fecha, concluye que hay suficiente evidencia para concluir que el uso de antipsicóticos atípicos, la consejería

.....
para mejorar la adherencia a los tratamientos y las intervenciones familiares para reducir la expresividad emocional, no sólo son eficaces sino también costo – efectivas.

Los análisis económicos que comparan sistemas de atención son más difíciles de realizar, tanto por la estimación de costos (directos e indirectos) como por las variables de resultado que se utilicen. En general, los estudios tienden a mostrar que los cuidados basados en la comunidad son más baratos, pero también hay trabajos con datos opuestos.²⁰ Una variable importante es el tipo de sistema sanitario donde está inserto el modelo de atención en salud mental que se está evaluando.

Los estudios económicos son una intensa área de investigación actualmente. Tienden a concentrarse en la búsqueda de factores o condiciones del paciente y su enfermedad, de su entorno o de los sistemas de atención, que permitan reducir los costos asociados, tanto directos como indirectos.^{1,12}

Una ampliación de la perspectiva en la medición de resultados.

Tal como señala Häfner & an der Heiden,²¹ la evolución de los servicios comunitarios tiene múltiples dificultades relacionadas con las intervenciones (complejidad, diversidad, etc.), con los procedimientos para recoger la información y con la definición y medición de los resultados.

El reconocimiento de las dimensiones que están involucradas en los servicios que atienden a estos pacientes y los problemas que han surgido desde su implantación, ha llevado a propuestas de evaluación que consideran diferentes ámbitos en diferentes niveles.

De esta forma, a la tradicional evaluación basada en aspectos clínicos (presencia de síntomas psicóticos, evolución, nivel de funcionamiento global, etc.) que se centra en la visión de los equipos que brindan la atención, se debe agregar la evaluación basada en la visión de las personas que son objeto de estos servicios (satisfacción con las atenciones recibidas, grado de satisfacción de sus necesidades, calidad de vida subjetiva, nivel de autonomía, inserción social, etc.) y de quienes se hacen cargo de cuidar informalmente a estos pacientes (carga objetiva y subjetiva del cuidador).

Una perspectiva aún más amplia ha sido la desarrollada por Thornicroft & Tansella (ver tabla 1) en su modelo “Matriz de Salud Mental”.⁴⁵ Ellos construyen una matriz que contiene una dimensión geográfica con tres niveles: el paciente, los servicios locales y el nivel regional o de país, y otra dimensión temporal con tres niveles: los recursos (inputs), los procesos y los resultados (“outcomes”). Los autores proponen que este modelo tendría una capacidad predictiva sobre resultados indeseados, permitiría identificar las carencias dentro de un sistema y así planificar su mejoría, y entrega un marco conceptual para la investigación evaluativa de servicios sanitarios.

.....

TABLA I: LA MATRIZ DE LA SALUD MENTAL: EL MODELO DE THORNICROFT Y TANSELLA.⁴⁵

	Fase de recursos (inputs)	Fase de procesos	Fase de resultados (outcomes)
Nivel Regional o de País	<ul style="list-style-type: none"> • Gasto en servicios de salud mental. • Leyes de salud mental. • Políticas de gobierno. • Protocolos y guías para el tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Indicadores de funcionamiento y actividades. • Protocolos y guías de práctica clínica. • Estándares mínimos en la atención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de suicidio. • Tasa de pacientes sin residencia estable. • Tasa de pacientes en cárceles.
Nivel de Servicios Locales	<ul style="list-style-type: none"> • Gastos en los servicios locales. • Evaluación de necesidades de la población. • Cantidad y calidad de los recursos humanos. • Coordinación entre servicios. • Tipos de servicios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo de contactos y uso de servicios. • Auditoría de procesos de atención. • Continuidad en los cuidados. • Prioridad sobre grupos específicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tasas locales de suicidio. • Resultados agregados para el nivel local. • Morbilidad física.
Nivel del Paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de necesidades individuales. • Demandas de los pacientes. • Demandas de los familiares. • Capacidades y conocimiento del equipo. • Información a pacientes y cuidadores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de los tratamientos. • Continuidad con el equipo tratante. • Frecuencia de atenciones. • Patrón en los procesos de cuidado para pacientes individuales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de síntomas. • Impacto en los cuidadores. • Satisfacción con los servicios. • Calidad de vida. • Discapacidad. • Satisfacción de necesidades.

La situación de los servicios de Salud Mental en los países de bajo y medianos ingresos.

Basado en las recomendaciones de organismos internacionales (OMS), la mayoría de los países de bajo y medianos ingresos han adoptado políticas para desarrollar servicios de salud mental centrados en la comunidad. Sin embargo, tal como señala Saxena et al., su desarrollo se ha caracterizado por la falta de recursos, la inequidad en su distribución (entre e intra países) y la ineficiencia en su utilización.³⁶ Esto implica que una menor cantidad de población no está accediendo a los servicios que necesita. También es frecuente que la existencia de políticas explícitas de salud mental no sea concordante con la cobertura de servicios para la población. Un ejemplo de esto es que un 70,6% de los países europeos cuenta con una política de salud mental y una cobertura de servicios de salud mental para el 89,1% de su población. En contraste, en los países del Sudeste Asiático sólo la mitad de ellos tienen políticas de salud mental y la cobertura de servicios de salud mental para su población apenas alcanza al 23,6%.³⁶

En lo que respecta específicamente a trastornos mentales severos, Lora et al han estimado que existe una brecha muy importante en el tratamiento de personas que padecen una esquizofrenia y que esta es mayor en los países de menores ingresos.²⁸ Sobre una muestra de 50 países de bajos y medianos ingresos (PBMI), ellos encontraron que la brecha de tratamiento para personas con esquizofrenia era de 89% en los países de bajos ingresos, en contraste

TABLA 2: COMPARACIÓN DE INDICADORES SELECCIONADOS ACERCA DE POLÍTICAS, PROGRAMAS E INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL, ENTRE GRUPOS DE PAÍSES DEL MUNDO, SEGÚN NIVEL DE INGRESO.

Indicador	Países según grupo de ingreso			
	Bajo	Medio-Bajo	Medio-Alto	Alto
Presencia de algún tipo de servicios comunitarios (1)	51,7 %	51,9 %	90,9 %	97,4 %
Presencia de beneficios económicos para personas con discapacidad, establecidos como derechos legales (1)	55,2 %	88,7 %	78,8 %	100 %
Existencia de programas de salud mental para niños (1)	34,5 %	73,6 %	72,7 %	82,8 %
Existencia de programas de salud mental para personas mayores (1)	17,9 %	50,9 %	66,7 %	89,5 %
% del presupuesto de salud que se dedica a salud mental (2)	2,3 %	2,6 %	4,3 %	6,9 %
Out-of-pocket payment como principal modo de financiamiento de los cuidados en salud mental (1)	42,9 %	16 %	0	0
Presencia de algún sistema de información en salud mental (1)	62,1 %	81,5 %	81,8 %	86,1 %
Existencia de estudios epidemiológicos o de un sistema de recolección de datos en salud mental (1)	48,3 %	59,3 %	75 %	75,7 %

Notas:

(1) % de países que cumplen con el indicador dentro de cada grupo de ingresos.

(2) Valor mediana para ese grupo específico de países según ingreso.

(Información extraída de WHO - Mental Health Atlas 2005).⁵⁰

con un 63% en los de medio-altos ingresos, y ellos señalan que estos peores resultados se correlacionan con menos recursos humanos (especialmente psiquiatras y enfermeras de salud mental) y con menos dispositivos de salud mental dentro de la comunidad.²⁸

Para entregar una visión más amplia de lo que acontece en todo el mundo respecto de estas diferencias entre países, hemos hecho una síntesis de los datos más importantes que fueron publicados en el Atlas de Salud Mental de la OMS,⁵⁰ los cuales se presentan en las tablas 1 y 2. Esta iniciativa ha permitido contar con información respecto de políticas, planes, leyes, así como de recursos físicos, humanos y financieros de gran parte de los países del mundo. Aunque se trata de una información agregada y no siempre fiable, es un gran avance para el análisis dentro del campo de la salud mental global. Lamentablemente, la información más incompleta está en los países de menos recursos, pero esto es en sí mismo un hecho muy importante, que es reflejo de la falta de recursos (de información e investigación) y la menor prioridad que estos países dan a sus problemas de salud mental.

La mayoría de los países cuentan con políticas de salud mental (62,1%), en especial los de América, de Europa y del Mediterráneo Oriental (sobre 70% de ellos), y un número aún mayor tiene planes de acción y programas en salud mental (cerca del 70% de los países del mundo).⁵⁰ De igual forma, un 78% de los países cuentan con leyes que protegen los derechos humanos y civiles de las personas con trastornos mentales.⁵⁰ Estas iniciativas son importantes

.....
porque proveen un marco político y legal para el desarrollo de los servicios de salud mental. Sin embargo, Saxena et al han llamado la atención sobre el hecho de que los países de menores ingresos incluyen con menos frecuencia metas para el desarrollo de servicios basados en la comunidad: sobre una muestra de 42 PBMI, tomando el período entre los años 2005 y 2008, ellos encontraron que sólo 62% de los países de bajos ingresos incluían dentro de sus planes la meta de reducir los hospitales psiquiátricos, en contraste con el 100% de los países de medio-alto ingresos,³⁷ lo que es particularmente relevante porque estos hospitales consumen el 80% de los recursos que estos países dedican a la salud mental.³⁷ Esto indica la necesidad de profundizar en el análisis de estos indicadores; no basta con la sola existencia de políticas, sino que es necesario revisar que sus contenidos sean consistentes con el desarrollo de servicios basados en la comunidad.

Pero, ¿tenemos evidencia de que los servicios de salud mental basados en la comunidad logran mejores resultados que los servicios tradicionales basados en hospitales, en PBMI? Existe evidencia proveniente de países de altos ingresos para responder en forma afirmativa,^{29,31,43} pero esto podría tener una respuesta diferente en un contexto donde las necesidades son mayores, los recursos son escasos y no siempre la calidad de estos es adecuada. Wiley-Exley hizo una revisión de investigaciones que evaluaban cuidados comunitarios en salud mental en PBMI, sólo en artículos de habla inglesa, publicados entre 1996 y 2006.⁴⁴ Ella encontró 17 intervenciones diferentes, y sólo 5 se referían a esquizofrenia (el resto estaban destinadas a trastornos mentales comunes). Aunque los trabajos son pocos, evalúan diferentes intervenciones y 4/5 usan diseños cuasi-experimentales, los resultados son consistentes en todos los casos: se logran mejorías significativas en funcionamiento, en reducir discapacidad, en mejorar adherencia a los tratamientos, en reducir admisiones en hospitales y en mayores grados de satisfacción con los cuidados.⁴⁴ En síntesis, todo parece indicar que los cuidados comunitarios logran mejores resultados en diferentes contextos y deben formar parte de las políticas de salud mental en todos los países.

Sin embargo, las declaraciones hechas en estas políticas no son suficientes por sí solas, y se requiere que esta intención se traduzca en inversión en salud mental, a través de dispositivos y recursos que los estados ponen a disposición de las personas que tienen necesidades de salud en este ámbito de problemas. Es aquí donde se expresan las diferencias entre los países de altos ingresos y los PBMI.

La tabla 1 muestra una comparación de indicadores relacionados con políticas, programas e información en salud mental, entre grupos de países del mundo, según nivel de ingreso.⁵⁰ Todos los indicadores son peores en los países de más bajos ingresos.

Sólo cerca de la mitad de los países que pertenecen al grupo de ingresos bajos y medio-ba-

.....
jos tienen algún tipo de servicios comunitarios, en contraste con los países del grupo de ingresos medio-altos y altos donde este tipo de servicios existen en casi la totalidad de ellos. La mayoría de los países desarrollaron inicialmente una estrategia de atención para personas con trastornos mentales severos que estuvo centrada en grandes hospitales psiquiátricos, los que han concentrado hasta ahora gran parte del gasto público en salud mental, y buena parte de los países de menores ingresos no han podido hacer la transformación de su modelo de atención, incorporando dispositivos para cuidados comunitarios, al mismo tiempo que reducen el tamaño de sus hospitales psiquiátricos, para llegar a un sistema balanceado que combina ambos tipos de servicios, tal como lo recomiendan Thornicroft & Tansella.^{43,44}

En la tabla 1 también se puede observar que los países de bajos ingresos tienen un escaso desarrollo de programas de salud mental para grupos específicos, tales como los niños o las personas de mayor edad. Sólo un 34,5% de estos tienen programas para niños, en contraste con más del 70% en los países de los otros tres grupos. De igual forma, apenas un 17,9% de estos países tiene algún programa de salud mental para personas mayores, en comparación al 90% que sí lo tiene en el grupo de países de altos ingresos. La transición demográfica se encuentra avanzando el todo el mundo y todos los países incrementan su porcentaje de población que está envejeciendo. Al no contar con estrategias dirigidas a estos grupos específicos, se puede esperar que la carga de enfermedad originada en los problemas de salud mental vaya creciendo progresivamente.

Saxena et al³⁶ habían llamado la atención sobre el hecho de que los países de menos ingresos - y por consiguiente con un presupuesto en salud que es más bajo -, destinaban un porcentaje menor al gasto en salud mental. En la tabla 2 se observa que los países de bajos ingresos destinan un porcentaje que es la tercera parte de la que destinan los países de altos ingresos. Si bien la mayoría de los países tienen servicios de salud mental financiados a través de impuestos generales,⁵⁰ un dato que parece muy relevante es que cerca del 42% de las personas que viven en países de bajos ingresos deben pagar directamente – como primera opción y por sobre su presupuesto familiar -, para recibir cuidados de salud mental, situación que rara en los países de ingresos medio-bajos y no se produce en los países del grupo de ingresos medio-altos y altos. Esto expresa la baja priorización política que se ha dado a los problemas de salud mental, a los menores recursos y a las dificultades para transformar el modelo de atención, permitiendo así un incremento del acceso y de la cobertura poblacional.

Los dos últimos indicadores de la tabla 2 se refieren a la existencia de sistemas de información en salud mental y a la existencia de estudios epidemiológicos en este campo, donde llama la atención que las brechas entre los países no es tan notoria como en el resto de los indicadores. Si bien es muy probable que existan marcadas diferencias en la cantidad y calidad

TABLA 2: COMPARACIÓN DE INDICADORES SELECCIONADOS ACERCA DE RECURSOS EN SALUD MENTAL, ENTRE GRUPOS DE PAÍSES DEL MUNDO, SEGÚN NIVEL DE INGRESO.

Indicador	Países según grupo de ingreso			
	Bajo	Medio-Bajo	Medio-Alto	Alto
Presencia de cuidados de salud mental en Primary Health Care (1)	76,3 %	87 %	100 %	97,4 %
Presencia de tratamiento para personas con trastornos mentales severos, en Primary Health Care (1)	55,2 %	44,4 %	72,7 %	82,8 %
Número de camas psiquiátricas por 10,000 habitantes (2)	0,24	1,59	7,7	7,5
Número de psiquiatras por 100,000 habitantes (2)	0,05	1,05	2,7	10,5
Número de enfermeras psiquiátricas por 100,000 habitantes (2)	0,16	1,05	5,35	32,95
Número de psicólogos trabajando en salud mental, por 100,000 habitantes (2)	0,04	0,6	1,8	14
Número de trabajadores sociales trabajando en salud mental, por 100,000 habitantes (2)	0,04	0,28	1,5	15,7

Notas:

(1) % de países que cumplen con el indicador dentro de cada grupo de ingresos.

(2) Valor mediana para ese grupo específico de países según ingreso.

(Información extraída de WHO - Mental Health Atlas 2005).⁵⁰

de esta información y de las investigaciones realizadas, el indicador nos señala que existen. El aspecto positivo de esto es que se encuentran las semillas para una buena cosecha en el futuro. Pero el lado negativo es que a pesar de existir información e investigación epidemiológica, esto no se traduce directamente en el desarrollo de servicios de salud mental.

En la tabla 3 se comparan indicadores respecto de recursos en salud mental, entre grupos de países del mundo, según nivel de ingreso.⁵⁰ Una gran proporción de los países de todos los grupos señalan haber incorporado algún componente de salud mental dentro de la atención primaria (entre 76,3% y 100%), sin grandes diferencias entre ellos. En cambio, la presencia de tratamiento para personas con trastornos mentales severos dentro de la atención primaria es menos frecuente entre los países de ingresos bajos y medios-bajos (55,2% y 44,4% respectivamente) respecto de los países de ingresos medio-altos y altos (72,7% y 82,8% respectivamente).

Por otra parte, la cantidad de recursos humanos especializados (psiquiatras, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales) es enormemente inferior en los países de menores recursos. La tabla 3 muestra que los países del grupo de ingresos bajos tienen alrededor de 10 veces menos recursos que los países del grupo de ingresos medio-bajos, cerca de 30 a 40 veces menos recursos que los países del grupo de ingresos medio-altos, y cerca de 200 a 300 veces menos recursos que los países del grupo de ingresos altos. Cerrar esta brecha puede ser muy difícil dada la menor cantidad de recursos financieros que disponen. Una opción es desarrollar un sistema centrado en la atención primaria, con delegación de funciones (“task

.....
shifting”) en personal profesional y técnico menos especializado, incluyendo el trabajo con usuarios que colaboran con el equipo clínico, utilizando las fortalezas de las redes comunitarias, y en estrecha supervisión y colaboración con los equipos de salud mental especializados (garantizando la continuidad de los cuidados). Thornicroft & Tansella han llamado a esto a “stepped-care model”, que considera la incorporación de componentes de mayor complejidad y especialización, en la medida que los países tienen mayores recursos para hacerlo.⁴³

En síntesis, los PBMI tienen menos desarrollo de sus políticas y programas, cuentan con menos servicios basados en la comunidad, y tienen menos recursos de todo tipo (especialmente los de tipo especializado), lo que genera una gran distancia respecto de los países de ingresos altos. Es necesario diseñar estrategias que consideren estas diferencias de contextos y no se pueden aplicar en forma directa las experiencias de los países desarrollados.

Los servicios de Salud Mental en el contexto de la Salud Pública.

Retomando la perspectiva de Thornicroft & Tansella,⁴⁵ en cuanto a la descripción de la evolución de la atención de personas con trastornos mentales, es de resaltar el período en que se propone el diseño en cual se traslada la atención desde los hospitales hacia la comunidad. Para América Latina, esto se plasma explícitamente en la Declaración de Caracas, iniciativa que fue liderada por OPS en 1990, y se orienta a la re-organización de los servicios de psiquiatría en la Región de las Américas. Precisamente, el artículo 1 de esta Declaración se señala: “*la reestructuración de la atención psiquiátrica, ligada a la Atención Primaria de la Salud y en los marcos de los Sistemas Locales de Salud, permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de las redes sociales*”.¹⁴ La Declaración de Caracas, y luego la de Brasilia (2005),³³ muestran en conjunto los consensos logrados en materia de salud mental en la Región de las Américas. En tal sentido, se sintetizan algunos enfoques, desde una perspectiva de abordaje integral, que deben ser aplicados creativamente y adaptarse a las características particulares de cada sociedad.

En primer lugar la perspectiva de Salud Pública para el abordaje de la Salud Mental está sustentada en el paradigma de la Salud Mental Comunitaria, enfoque que se orienta hacia el cambio comunitario mediante la promoción de procesos de organización social y autogestión que facilita la transformación de las comunidades. Esta perspectiva propone alternativas a las poblaciones más excluidas de la satisfacción de necesidades vitales mínimas como salud, educación, vivienda y empleo, para enfrentar los problemas de salud mental. El énfasis en el trabajo comunitario está dirigido al desarrollo de la conciencia y autonomía de las comunidades, promoviendo la participación de los grupos en el cambio de las condiciones ambientales y sociales generadoras de los problemas que ellas confrontan. En esta visión se consideran

.....

ámbitos de la salud mental a la persona, la familia, la escuela, el centro de trabajo, la comunidad o el barrio, los grupos sociales y los espacios en donde se pueden desarrollar acciones de promoción de la salud mental y prevención de trastornos psíquicos. El enfoque centrado en la comunidad, favorece la integración e interacción comunitaria y fomenta la organización y el desarrollo sociocultural.

Esta perspectiva tiene un fuerte desafío para ser implementada en países en donde, la vulnerabilidad social, es la característica de una importante proporción de personas que asisten a los centros de salud, y donde deben considerarse los múltiples vínculos que dan cuenta de la salud y el enfermar de las personas.⁴⁸ En este contexto, el aspecto social caracterizado por un fuerte impacto emocional que desorganiza, se relaciona con la ruptura de lazos sociales, el debilitamiento o pérdida de vínculos, los procesos de deterioro personal, en relación con la familia y los grupos de pertenencia. Es decir se deterioran la calidad de los vínculos comunitarios. A esto se suma una contradicción: en el discurso social se plantea un interés por la inclusión social, mientras que las políticas que realmente son implementadas lo niegan.

Sólo a modo de ejemplo se puede mencionar, siguiendo la línea desarrollada por Svampa y colaboradores (2005),⁴² la situación vivida desde siempre en Argentina, con “*erupciones agudas*” o crisis, como la iniciada en el 2001, que abarca el conjunto de vida política, económica, social y cultural del país, caracterizada por una complejidad de demandas ambivalentes y contradictorias. Es decir, hay un llamado a la solidaridad y la autoorganización social y por otro lado, frente al quiebre de las instituciones básicas y la amenaza de la disolución social, la crisis también llama al orden y al retorno a la normalidad, sumando a las demandas sociales una demanda históricamente silenciada: los derechos vulnerados de los usuarios de los servicios de salud mental, especialmente los institucionalizados.¹⁶

Otro enfoque a tener en cuenta para abordar la Salud Mental desde la Salud Pública está referido a la Promoción de la Salud Mental y la Prevención de los trastornos mentales, asumiendo que la promoción de la salud es una práctica social integral, interdisciplinaria y multisectorial que tiene como propósito transformar los condicionantes y determinantes del proceso salud-enfermedad, mediante la modificación de ambientes sociales y físicos no saludables, logrando el bienestar y creando condiciones que permitan una mayor producción de salud integral individual y colectiva. En este contexto, el concepto acerca del proceso salud-enfermedad en el área de la salud mental experimentó una evidente evolución a partir de los cambios conceptuales de salud, de enfermedad y de las teorías que intentan explicarlos.⁴⁸ Actualmente se asume que el proceso salud-enfermedad en el área de salud mental está íntimamente relacionado con aspectos culturales, problemas sociales y políticos que no se resuelven sin la activa participación de la comunidad involucrada. Así, la concepción de la

.....
salud y de la enfermedad mental expresan las ideas filosóficas predominantes en una comunidad y se manifiestan tanto en los modelos de atención como en los criterios de diagnóstico vigente en cada momento.

Retomando el enfoque preventivo, se destaca que el mismo parte de la concepción de que el ser humano tiene una naturaleza psicosocial vinculada con el medio que le rodea. Tiene como objetivo central alcanzar el óptimo desarrollo de la personalidad del individuo y de su colectividad, evitando la aparición de la enfermedad y/o curando y rehabilitando al enfermo mental. Si se asume que la prevención es toda aquella acción encaminada a reducir la incidencia, prevalencia, recurrencia de los trastornos mentales, el tiempo que las personas permanecen con los síntomas o la condición de riesgo para desarrollar una enfermedad mental, previniendo o retardando las recurrencias, se logrará disminuir el impacto que ejerce la enfermedad en la persona afectada, sus familias y la sociedad y favorecer el desarrollo de mejores niveles de salud mental en los individuos y en las comunidades.

Por otra parte, las estrategias de promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales deben incorporar en su diseño, un andamiaje de factores sumados a los habitualmente descriptos en relación al proceso salud-enfermedad. Dentro de estos aspectos, que contextualizan a las personas que presentan un sufrimiento que se expresa en síntomas mentales, se pueden mencionar la co-morbilidad con otras enfermedades, lo cual a pesar de su importancia clínica y de salud pública ha sido poco estudiado, la llamada “carga familiar o de los cuidadores”, y los problemas derivados de la estigmatización y discriminación de estas personas, que limitan su buen funcionamiento psicosocial y su calidad de vida.⁴ Al respecto también debe contemplarse que en muchos países la condición de beneficiario de servicios de salud mental o la condición de familiar del beneficiario aún tiene una connotación negativa, donde sin lugar a dudas el estigma y la discriminación juegan un rol considerable en la dificultad que estas personas y/o sus familiares pueden tener si defienden abiertamente sus derechos, sumado a que la sociedad por su parte tiene dificultades para considerar esas cuestiones como un asunto propio.³⁴

Finalmente, un tercer aspecto a considerar es abordar la Salud Mental en el contexto de la Atención Primaria de la Salud. La Atención Primaria de Salud es una estrategia que responde a las necesidades de la población, es descentralizada, requiere de la participación activa de la comunidad y la familia, y en su diseño original está a cargo de agentes generales de salud, que colaboran con personal de otros sectores para promover el bienestar individual y colectivo. Es necesario para su implementación, la capacitación del personal de salud en el manejo de técnicas sencillas pero eficaces. Por otra parte, se espera que el componente de salud mental en la atención primaria favorezca la mejora en el funcionamiento de los servicios

generales de salud, contribuya al desarrollo socioeconómico y cultural general, mejore la calidad de vida y la cobertura de los servicios a poblaciones postergadas, promueva la salud mental y emocional, al mismo tiempo que facilite el diagnóstico y tratamiento oportuno de este tipo de problemas.^{5,6}

Asimismo, para lograr la descentralización y articulación de los servicios de salud mental a la salud general, se debe contar con asistencia sanitaria en todos los niveles, reconociendo la importancia de una buena salud mental y contemplando en todas las actividades de prevención la necesidad de preservar el bienestar mental y emocional de la población. Los equipos de salud deben tomar en cuenta los diferentes ciclos de la vida del ser humano (niños, escolares, adolescentes, adultos, ancianos), el paciente debe ser atendido en su propia comunidad o lo más cerca posible de ésta. Además, el personal especializado debe desempeñar funciones de capacitación y supervisión, así como la atención de casos de alta complejidad,^{2,3} así las actividades de salud mental del nivel primario deben estar a cargo de agentes generales de salud adiestrados en métodos de tratamiento apropiados, y en las normas de cuándo consultar con un supervisor y cuándo referir casos a otros niveles de asistencia. Las actividades de atención a la salud mental deben formar parte de las tareas cotidianas del agente de salud y de los establecimientos sanitarios generales y finalmente se debe considerar como ámbitos de la salud mental al individuo, la familia, la comunidad, la escuela, el grupo y el espacio laboral, entre otros.

La incorporación del componente de salud mental a la Atención Primaria de Salud es un paso de suma importancia para lograr un sistema de cuidados integral, que permita no sólo la incorporación del componente de salud mental a los servicios generales, sino que fortalece las actividades del primer nivel de atención, de tal manera que los recursos humanos y materiales sean debidamente distribuidos en los diferentes niveles del sistema.

En síntesis la Salud Pública debe dar un marco de acción a la Salud Mental instando a capitalizar todos los recursos comunitarios disponibles, favoreciendo el desarrollo de los individuos, las familias y las comunidades, para que hagan de la Salud Mental un objetivo de los ciudadanos, más que un ámbito de acción exclusivo de los profesionales.

Salud Mental y Salud Pública: acerca de experiencias de cooperación académica.

Un reto académico fundamental para llevar a cabo los cambios que mejoren la conjunción entre la Salud Pública y la Salud Mental es la formación de profesionales que visualicen la riqueza de esta conjunción. Con el convencimiento de que la cooperación académica es una estrategia eficaz para optimizar la formación de los profesionales de la salud, la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba,

Argentina y la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, iniciaron un acuerdo en el año 2009.

En el marco de esta cooperación se iniciaron varios proyectos de investigación que fueron subsidiados por organismos de Ciencia y Tecnología,* y que confluyeron en la construcción del programa “*La Salud Mental como componente esencial de la Salud Pública*”, del cual presentamos una breve síntesis:

En la década de 1980 las organizaciones internacionales hacían referencia a las enfermedades que habían afectado a las poblaciones en los últimos cien años, el recorrido abarca desde las enfermedades infecciosas ligadas a la pobreza, la mala nutrición y la deficiente higiene ambiental hasta, más recientemente, la violencia y las conductas de riesgo en proporciones epidémicas, resultado de los cambios en las condiciones sociales de las familias y las comunidades. Precisamente, en la actualidad, las enfermedades no transmisibles ocasionan la mayor parte de las defunciones en los países de bajo y mediano ingreso. Paralelamente a esta situación, los sistemas de salud tienen un franca orientación a los aspectos asistenciales, sin considerar con el mismo interés a las acciones de promoción y de prevención.

La información que apoya a programas de promoción y prevención provienen desde múltiples campos y puede producirse por dos vías distintas. Una tiene que ver con estudios de representación nacional, diseñados específicamente para medir aspectos de prevalencia e incidencia. Esta vía tiene la limitación de los posibles sub-registros, y no considera las experiencias adquiridas por los equipos de profesionales, las que quedan registradas en los documentos, pero no se utilizan en la práctica.

Una segunda vía es capacitar los recursos institucionales locales o regionales como productores de información confiable y oportuna. Este método entraña la recuperación de la propia experiencia y conocimiento de las personas ubicadas en instituciones claves de la comunidad.

Precisamente los diagnósticos epidemiológicos situacionales, o programa de monitoreo, permiten estudiar los factores y condiciones que determinan la ocurrencia y distribución de la salud/enfermedad en poblaciones específicas y la aplicación del estudio al control de los problemas de salud. Por otra parte, la propuesta de trabajo a partir de un programa que aborde la Salud Mental integrada a la Salud Pública, recomendada por los organismos internacionales especializados, está fundamentada en la magnitud del problema de la Salud Mental, su etiología multifactorial, su estigmatización y la discriminación generalizada que conlleva.

El presente programa “La Salud Mental como componente esencial de la Salud Pública”

| *SECyT - UNC; Extensión - UNC; FONCyT; PID - MINCyTCba; Programa Carrillo Oñativia Ministerio de Salud de la Nación.

.....
cuenta con los siguientes propósitos: 1) Estudiar diversos factores que determinan la ocurrencia y la distribución de la salud mental en poblaciones específicas, 2) cooperar con los objetivos propuestos por RedeAmericas,* y 3) fortalecer la formación de investigadores en la temática de Salud Pública y Salud Mental.

Los resultados esperados, en todos los casos, se relacionan con el interés de obtener información desconocida en la actualidad, no sólo a nivel local sino nacional, suministrar información relevante a las autoridades respectivas a partir de los resultados obtenidos, y capacitar a los equipos de investigación en el abordaje epidemiológico de la Salud Mental integrada a la Salud Pública.

La continuidad a largo plazo del Programa propuesto, se garantiza en parte por la proyección de las líneas de investigación que en la actualidad están avaladas por un equipo de profesionales, con el liderazgo del Dr. Ezra Susser (Universidad de Columbia, USA), que junto a profesionales de 4 países de América Latina** conforman la red de colaboración conocida como RedeAmericas, y que actualmente cuenta con un subsidio del National Institute of Mental Health (NIMH).*** Asimismo, la propuesta de RedeAméricas involucra la formación de líderes jóvenes en el campo de la investigación en salud mental**** abordada desde la comunidad, de tal forma que la capacitación de los equipos de investigación está apoyada por las estrategias diseñadas por el grupo de expertos internacionales.

* *RedeAmericas: Red de Investigación de Salud Mental de las Américas.*

** *Chile, Brasil, Colombia y Argentina.*

*** *NIMH - 1U19MH095718*

**** *Capacity Building: Sistema de Becas con el objetivo de formar líderes en salud mental capitalizando la experiencia en salud mental y salud pública de las instituciones involucradas.*

Bibliografía:

1. Almond S, Knapp M, Francois C, Toumi M, Brugha T. Relapse in schizophrenia: cost, all outcomes and quality of life. *Br J Psychiatry* 2004, 184: 346 – 351.
2. Alvarado R, Minoletti A, Torres-González F, Moreno-Küstner B, Madariaga C, Sepúlveda R, Development of community care for people with schizophrenia in Chile. *International Journal of Mental Health* 2012, 41 (2): 48 – 61.
3. Alvarado R, Minoletti A, Valencia E, Rojas G, Susser E. The need for new models of care for people with severe mental illness in low- and middle-income countries. En: Thornicroft G, Ruggeri M, Goldberg D, eds. *Improving Mental Health Care. The Global Challenge*. UK: John Wiley & Sons Ltda; 2013. Pp. 78 – 95.
4. Alvarado R, Oyanedel X, Aliste F. Carga de los cuidadores informales de personas con esquizofrenia. *Revista de Salud Pública*, (XV) 2: 6-17, dic. 2011.
5. Alvarado R, Rojas G, Minoletti A, Domínguez C, Alvarado F. Depression Program in Primary Health Care: the Chilean experience. *International Journal of Mental Health* 2012, 41 (2): 38 – 47.
6. Alvarado R, Rojas G. El programa nacional para el diagnóstico y tratamiento de depresión en atención primaria: una evaluación necesaria. *Revista Médica de Chile* 2011; 139: 592 – 599.
7. Anderson J, Dayson D, Wills W, Gooch C, Margolius O, O’Driscoll C, Leff J. The TAPS Project. 13: clinical and social outcomes of long – stay psychiatric patients after one year in the community. *Br J Psychiatry* 1993, 162: 45 – 56.
8. Becker T & Vásquez – Barquero JL. The European perspective of psychiatric reform. *Acta Psychiatr Scand* 2001, 104 (suppl 410): 8 – 14.
9. Braun P, Kochansky G, Shapiro R, Greenberg S, Gudeman JE, Johnson S, Shore MF. Overview: Deinstitutionalization of psychiatric patients, a critical review of outcome studies. *Am J Psychiatry* 1981, 138: 736 – 749.
10. Burns T, Beadsmoore A, Bhat AV, Oliver A, Mathers C. A controlled trial of home – based psychiatric services. I: clinical and social outcome. *Br J Psychiatry* 1993, 163: 49 – 54.
11. Bustillo JR, Lauriello J, Horan WP, Keith SJ. The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. *Am J Psychiatry* 2001. 158: 163 – 175.
12. Carr VJ, Lewin TJ, Neil AL, Halpin SA, Holmes S. Premorbid, psychosocial and clinical predictors of the cost of schizophrenia and others psychosis. *Br J Psychiatry* 2004, 184: 517 – 525.

13. Carrier J & Kendall I. Evolution of policy. En: Leff J, eds. Care in the community: illusion or reality?. England: John Wiley & Sons; 1997. Pp. 3 – 20.
14. Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, Venezuela Caracas OMS-OPS, 1990.
15. Creed F, Black D, Anthony Ph, Osborn M, Thomas Ph, Franks D et al. Randomised controlled trial of Day and In – patient Psychiatric Treatment. 2: comparison of two hospitals. Br J Psychiatry 1991, 158: 183 – 189.
16. Faraone S, Valero AS. Dilemas en salud mental. Ed. Madres de Plaza de Mayo Bs As. 2013.
17. García J & Vásquez – Barquero. Desinstitucionalización y reforma psiquiátrica en España. Actas Esp Psiquiatr 1999, 27: 281 – 291.
18. Gibbons JS & Butler JP. Quality of life for “new” long – stay psychiatric in – patients. The effects of moving to a hostel. Br J Psychiatry 1987, 151: 347 – 354.
19. Goffman, E. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Argentina: Amorrortu; 1961.
20. Goldberg D. Cost – effectiveness studies in the treatment of schizophrenia: a review. Schizophr Bull 1991, 17: 453 – 459.
21. Háfner H & an der Heiden W. Background and goals of evaluative research in community psychiatry. En: Kundsén HC & Thornicroft G, eds. Mental Health Service Evaluation. Great Britain: Cambridge University Press; 1996. Pp. 19 – 36.
22. Haghghat R. A unitary theory of stigmatization. Pursuit of self – interest and routes to destigmatisation. Br J Psychiatry 2001, 178: 207 – 215.
23. Knapp M. Schizophrenia costs and treatment cost – effectiveness. Acta Psychiatr Scand 2000, 102 (suppl 407): 5 – 18.
24. Leff J & Trieman N. Long – stay patient discharged from psychiatric hospitals. Social and clinical outcomes after five – years in the community, The TAPS Project 46. Br J Psychiatry 2000, 174: 217 – 223.
25. Leff J. Evaluating the transfer of care from psychiatric hospitals to district – based services. Br J Psychiatry 1993, 162: 6.
26. Leff J. The outcome for long – stay non – demented patients. En: Leff J, eds. Care in the community: illusion or reality?. England: John Wiley & Sons; 1997. Pp. 69 – 91.
27. Lelliott P, Wing J, Clifford P. A National Audit of New Long – Stay Psychiatric Patients. Br J Psychiatry 1994, 165: 160 – 169.

-
28. Lora A, Kohn R, Levav I, Mc Bain R, Morris J, Saxena Sh. Service availability and utilization and treatment gap for schizophrenic disorders: a survey in 50 low- and middle-income countries. *Bulletin World Health Organization* 2012; 90: 47 – 54.
 29. Malone D, Newron-Howes G, Simmonds S, Marriot S, Tyrer P. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Jul 18 (3): CD000270.
 30. Marks IM, Connolly J, Muijen M, Audini B, McNamee G, Lawrence RE. Home – based versus hospital – based care for people with serious mental illness. *Br J Psychiatry* 1994, 165: 179 – 194.
 31. Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A, Creed F, Sledge W, Kluiters H, Roberts C, Hill E, Wiersma D, Bond GR, Huxley P, Tyrer P. Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care. *Health Technology Assessment* 2001; 5 (21): 1 - 75.
 32. OMS Informe Mundial de la Salud. Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra 2001.
 33. Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas Brasilia OMS-OPS, 2005.
 34. Rodríguez J, Malvarez s, González R, Levav I. Salud Mental en la comunidad. Ed OPS. Washington. 2009.
 35. Rutz W. Mental health in Europe: problems, advances and challenges. *Acta Psychiatr Scand* 2001, 104 (suppl 410): 15 – 20.
 36. Saxena Sh, Lora A, Morris J, Berrino A, Esparza P, Barret Th, van Ommeren M, Saraceno B. Mental Health Services in 42 Low and Middle-Income Countries: A WHO-AIMS Cross-National Analysis. *Psychiatric Services* 2011; 62 (2): 123 – 125.
 37. Saxena Sh, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet* 2007; 370: 878–89.
 38. Sealy P & Whitehead PC. Forty years on deinstitutionalization of psychiatric services in Canada: an empirical assessment. *Can J Psychiatry* 2004, 49: 249 – 257.
 39. Simpson CJ, Seager CP, Robertson JA. Home – based care and standard hospital care for patients with severe mental illness: a randomized controlled trial. *Br J Psychiatry* 1993, 162: 239 – 243.

40. Stastny P & Amering M. Integración de las perspectivas del consumidor sobre calidad de vida en la investigación y la planificación de servicios. En: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, eds. *Calidad de vida en los trastornos mentales*. España: Masson; 2000. Pp. 251 – 259.
41. Stein LI & Test MA. Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry* 1980, 31: 392 – 397.
42. Svampa M. *La sociedad excluyente. La Argentina bajo el signo del neoliberalismo*. Ed. Taurus. Bs As. 2005.
43. Thornicroft G & Tansella M. *Better Mental Health Care*. UK: Cambridge University Press. 2009.
44. Thornicroft G & Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. Overview of systematic evidence. *British Journal of Psychiatry* 2004; 185: 283 – 290.
45. Thornicroft G & Tansella M. *The Mental Health Matrix. A manual to improve services*. United Kingdom: Cambridge University Press; 1999.
46. Thornicroft G, Strathdee G, Phelan M, Holloway F, Wykes T, Dunn G, McCrone P, Leese M, Johnson S, Szmulkler G. Rationale and design. PRISM Psychosis Study 1. *Br J Psychiatry* 1998, 173: 363 – 370.
47. Thornicroft G, Wykes T, Holloway F, Johnson S, Szmulkler G. From efficacy to effectiveness in community mental health services. PRISM Psychosis Study 10. *Br J Psychiatry* 1998, 173: 423 – 427.
48. Vommaro H, Garramuño J, Tobal D. *Desafíos en salud mental*. Ed. Polemos Bs. As. 2011.
49. Wolff G. Attitudes of the media and the public. En: Leff J, eds. *Care in the community: illusion or reality?*. England: John Wiley & Sons; 1997. Pp. 145 – 163.
50. World Health Organization. *Mental Health Atlas*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2005.

.....

**CONSTRUYENDO ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL
Y PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES CON LA COMUNIDAD DE
MALVINAS ARGENTINAS.**

Autores y colaboradores:

María Belén Villacé.

Lic. en Nutrición. Escuela de Salud Pública.

Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

Marcela Susana Lucchesse.

Dra. en Ciencias de la Salud, Mgtr. y Esp. en Didáctica, Lic y Prof. en Ciencias de la Educación. Escuela de Salud Pública, FCM – UNC.

Laura Débora Acosta.

Lic. en Nutrición. Escuela de Salud Pública, FCM – UNC.

María Cristina Cometto.

Dra. en Ciencias de la Salud, Mgtr. en Sistemas de Salud y Seguridad Social, Lic. en Enfermería. Escuela de Salud Pública, FCM – UNC.

Emilio Iosa.

Mgtr. en Salud Pública. Becario Capacity Building NIH. Presidente de la Fundación Deuda Interna (Córdoba, Argentina), Canal Salud. FCM – UNC.

Daniel Ribeti.

Lic. en Arte. Canal Salud. FCM – UNC.

María Soledad Burrone.

Mgtr. en Salud Pública, Médica. Escuela de Salud Pública, FCM – UNC.

Patricia Fabiana Gómez.

Dra. en Ciencias de la Salud, Lic. en Enfermería y en Psicología, Esp. en Psicología Clínica. Escuela de Enfermería, FCM – UNC.

Roberto Ariel Abeldaño.

Lic. en Enfermería. Escuela de Salud Pública, FCM – UNC.

María Josefina López de Neira.

Mgr. y Esp. Médica, asesora del equipo de investigación. Escuela de Salud Pública.
FCM – UNC.

Verónica Gallo.

Lic. en Psicología, Escuela de Salud Pública, FCM – UNC.

Daniel Romero.

Lic. en Kinesiología y Fisioterapia, FCM – UNC.

Marta Andrómaco.

Dra. en Medicina y Esp. Médica. Escuela de Salud Pública, FCM – UNC.

Mariano Olivero.

Ayudante. Alumno de la carrera de medicina, FCM – UNC.

Gabriel Regginatto.

Ayudante. Alumno de la carrera de medicina, FCM – UNC.

Ayelen Ruiz.

Ayudante. Alumno de la carrera de medicina, FCM – UNC.

Selene Pury.

Ayudante. Alumno de la Carrera de Medicina, FCM – UNC.

Alicia Piccone.

Ayudante. Alumno de la Carrera de Medicina, FCM – UNC.

María Cristal Tomatis.

Ayudante. Alumno de la Carrera de Medicina, FCM – UNC.

Autores y responsables del equipo:

Alicia Ruth Fernández.

Dra. en Medicina y Cirugía, Mgtr. y Esp, en Docencia Universitaria, Profesora Titular. Escuela de Salud Pública, FCM – UNC.
E-mail: aruthfernandez@gmail.com.

Julio Enrique Enders.

Dr. en Ciencias Químicas, Diplomado en Estadística aplicada a la Epidemiología. Prof. Titular, FCM – UNC.
E-mail: jeenders@gmail.com.

Cristina González.

Dra. en Psicología, Profra. Titular. Facultad de Psicología, FCM – UNC.
E-mail: mcristinagonzalez@gmail.com

Rubén Alvarado.

Asesor experto del equipo. Psiquiatra. Mgtr. en Salud Pública. PhD en Psiquiatría y Cuidados Comunitarios. Instituto de Salud Poblacional “Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende G”, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
E-mail: ralvarado@med.uchile.cl

Equipo de trabajo que participan en las actividades de extensión:

Lic. Gabriela Barbará, Lic. Soledad Palma, Lic. Agostina Palacio y Lic. Silvina Ferrera de la Cátedra de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología, UNC.
Priscila Moreau e Ivanna Arrascaeta, integrantes administrativas. FCM – UNC.

De la comunidad de Malvinas Argentinas:

Andrea González y Sergio Albornoz (Secretaría de Salud del Municipio), Tania Puma, Valeria Ashwoth, Luciana Burdisso, Laura Pesci, Mercedes Vrela, Gabriela Galarraga y Natalia Vilches (Equipo de Médicos Comunitarios de Malvinas Argentinas), Esteban, Silvia, Cristina y Cinthia (miembros de la iglesia católica de la comunidad), Cristina, Luisa y Miguel (Desarrollo Social), Nicolasa y miembros del Consejo Directivo de la Escuela Valdivieso, Grupos congregados de Malvinas Argentinas.

Construyendo estrategias de promoción de la salud mental
y prevención de los trastornos mentales con la comunidad de Malvinas Argentinas.

Introducción a la experiencia.

Las problemáticas en el área de la salud mental atraviesan padecimientos que ponen en evidencia la existencia de condiciones sociales y medioambientales altamente preocupantes, por lo que las actividades de promoción y prevención resultan fundamentales, teniendo en cuenta una programación en salud mental basada en el conocimiento de la población y en la determinación de sus necesidades generales y de salud.^{1,2}

El modelo sugerido para el abordaje de problemas de salud mental, si es concebido en un sentido integral y amplio desde la experiencia y el análisis de diagnósticos comunitarios, se constituyen en cimiento fundamental para las acciones.³

En este sentido, el fortalecimiento de la salud mental en la comunidad implica generar espacios de relación entre la comunidad y los centros de salud, mediante estrategias que favorezcan que los individuos y la comunidad conozcan, participen y tomen decisiones sobre su propia salud, adquiriendo así responsabilidades sobre ella.⁴

Esta perspectiva propuesta desde la Atención Primaria de la Salud en el primer nivel de atención, se constituye como un espacio estratégico en la intervención comunitaria enfocada en la prevención desde una perspectiva integral (enfrentando causas y consecuencias) y participativa, ya que el proceso de intervención comunitaria propone diseñar, desarrollar y evaluar las acciones desde la propia comunidad con el acompañamiento de referentes y facilitadores, promoviendo la movilización de distintos grupos de la comunidad que forman parte del escenario social de la comunidad.

Esta estrategia espera que el individuo y la comunidad conozcan, participen y tomen decisiones sobre su propia salud, adquiriendo así responsabilidades sobre ella.⁴ Tal como lo plantea Mirta Videla *“la salud es una responsabilidad de todos empezando por el individuo mismo. Pero éste necesita medios y preparación adecuada para asumir esa responsabilidad”*.⁵ En este sentido, el primer nivel de atención de salud, es potencialmente útil para incluir al individuo, la familia y la comunidad en la participación de acciones preventivas.⁴

Dicha concepción es la que permite generar condiciones para que individuos y grupos, desarrollen la capacidad de actuar y tomen decisiones positivas para su salud y el bienestar colectivo. Para que esto sea posible, es necesario que las personas se empoderen en el conocimiento de la realidad y fortalezcan la capacidad de acción, rompiendo con la idea del individuo pasivo para convertirse en un actor legítimo.

En este capítulo se presenta el trabajo realizado en la comunidad de Malvinas Argentinas, con el fin de poder desarrollar un programa de promoción de la salud mental desde un diseño participativo.

Malvinas Argentinas: descripción de la comunidad.

Al noreste de la capital cordobesa se encuentra el municipio de Malvinas Argentinas, en el departamento Colón de la provincia, a 10 kilómetros de la ciudad de Córdoba, ubicada sobre la ruta provincial A188 (camino Monte Cristo) y sobre la ruta nacional 19. Esta localidad forma parte del denominado Gran Córdoba, es decir la conurbación de la ciudad, con un puñado de localidades del departamento Colón.

La dinámica poblacional de la comunidad de Malvinas Argentinas, muestra que 12.568 personas viven en la localidad. La distribución por sexo presenta el 50,38% de varones y el 49,62% mujeres.⁶

El análisis de la pirámide poblacional refiere una población conformada en un 37% por menor de 15 años y un 4% por mayores de 64 años, mientras que el 59% está representado por el grupo de 15 a 64 años. Al respecto, la pirámide poblacional de la localidad de Malvinas Argentinas refleja una base ancha que disminuye rápidamente hacia el vértice, lo que corresponde a una población joven con alta natalidad y bajo nivel de desarrollo.⁶

Indicadores laborales muestran que en la comunidad de Malvinas Argentinas, la población ocupada representa el 59,43%, la población desocupada el 7,24% y la población inactiva el 33,43%, lo que muestra una alta tasa de dependencia.⁶

Entre los indicadores que presentan las características de educación de la comunidad de Malvinas Argentinas, se observa un 4,3% de la población no alfabetizada, de ese total el 2,2% lo representan varones y 2,1% mujeres.⁶

En relación al máximo nivel de educación alcanzado, en la población mayor de 3 años se observa que un 6,3% presentó nivel inicial, el 22,7% primario incompleto, el 23,28% primario completo, el 23,82% secundario incompleto, el 10,01% secundario completo. En relación a estudios terciarios/universitarios/posgrados, presentaron incompletos el 2,35% de la población y completos el 1,67%. El 0,1% de la población presentó educación especial.⁶

Según los datos extraídos de diversas fuentes de información tales como los informes de sistematización (2003-2004), relevamiento familiar e institucional (2005) y datos facilitados por el registro civil del municipio local, se observó que el 21,8% de la población recibía subsidio del estado, el 41,6% recibía módulos alimentarios y que el 14,4% de la población asistía a comedores.

La comunidad cuenta con diferentes servicios: energía eléctrica (con gran número de instalaciones precarias: 1 de cada 3 viviendas), línea telefónica; transporte público de pasajeros; recolección de basura; barrido municipal; manejo del agua de bebida a cargo de una cooperativa de agua.

Los datos del censo provincial 2008, también aportan información sobre índices utilizado

.....
como forma de caracterizar parte de la realidad socio-económico de las poblaciones, entre ellos se presenta Necesidades Básicas Insatisfechas conocido como NBI y el índice de Privación Material de los Hogares” (IPMH). En lo referente al NBI, se observa que el 80,33% de los hogares de la comunidad no presentan Necesidades Básicas Insatisfechas y el 18,67% restante presenta al menos una NBI. El IPMH identifica a los hogares según su situación respecto a la privación material considerando dos dimensiones: recursos corrientes y patrimoniales, los datos para la comunidad de Malvinas Argentinas, muestran que el 67,46% de los hogares no presentan privación, el 22,59% presenta privación de recursos, el 5,84% presenta privación de recursos patrimoniales y el 4,11% presenta privación convergente.⁶

En relación a indicadores de salud, el 53,47% no presenta cobertura de salud, de los cuales el 27,03% lo representan varones y el 26,44% mujeres sin cobertura de salud. Del total de personas con cobertura de salud y según grupos de edad se observa: 15,21% la cobertura de salud en niños y adolescentes de 0 a 14 años, 4,07% la cobertura de salud para el grupo de 15 a 19 años, 3,32% para el grupo de 20 a 24 años, 20,52% para el grupo de 30 a 64 años y 3,41% la cobertura de salud para el grupo de mayores de 64 años.⁶

Trayectoria de trabajo en la comunidad de Malvinas Argentinas.

Entre la comunidad de Malvinas Argentinas y el equipo de investigación de la Universidad, existe una historia de antecedentes del trabajo conjunto.

En este sentido las investigaciones realizadas revelaron que las acciones de los centros de primer nivel de atención del municipio de Malvinas Argentinas se orientan predominantemente a las actividades asistenciales, detectándose debilidades en las actividades de promoción y prevención fundamentalmente en el área de la salud mental.^{3,7}

También se mostró que el primer nivel de atención de salud en la localidad de Malvinas Argentinas se constituye en la puerta de entrada al sistema de salud local y presenta un equipo de salud tradicional.⁷ A su vez, se observó que los problemas de salud mental en la población adolescente tienen relación a patologías incluidas como necesidades en el primer nivel de atención.⁸

Justificación.

La temática propuesta en este proyecto -salud mental en la comunidad- se constituye en un asunto prioritario para la salud pública,⁹ puesto que la Organización Panamericana de la Salud recomendó a los países de América Latina reforzar la capacidad de respuesta en la promoción y prevención de la salud mental.¹⁰

La realidad conformada por los diferentes agentes involucrados es compleja en relación a

la formación y a los ámbitos de actuación de los mismos, lo que contribuye de manera singular a un abordaje interdisciplinario de las acciones a efectuar.

Se trata de una propuesta que combina aspectos conceptuales-prácticos, integra expectativas de los participantes y genera espacios de intercambio y construcción de conocimientos, de análisis y reflexión de las acciones a implementar. Al respecto, Rovere plantea: “*propuesta que surge de la articulación entre heterogeneidades, donde el vínculo entre los sujetos es condición indispensable*”,¹¹ generando así un sistema abierto que implica un proceso de construcción permanente y que preexiste a cualquier intervención externa.

En este marco, la realidad cotidiana de una comunidad se transforma en objeto de análisis y de estudio para la misma. Es un proceso de aprendizaje y conocimiento donde resalta la confrontación de fuentes de información, de saberes y de las teorías del conocimiento cotidiano y científico.¹²

En este sentido, es que la propuesta aborda cuatro ejes básicos:

- La intervención, con la expectativa de transformar una realidad que se considera problemática, destacando las potencialidades de la comunidad en la determinación y resolución de problemas y constituyéndolos en activos participantes de la promoción y prevención de salud.
- El impacto en la comunidad, a partir de la intervención, y la construcción del trabajo colaborativo comunitario, optimizando las relaciones comunitarias (organismos municipales, escuelas y actores claves de la localidad).
- La relación dialógica entre los saberes académicos y los saberes populares.
- El impacto en la universidad, revisando y reflexionando sobre los modos de producción de conocimientos y perspectivas de la temática.

Marco conceptual y objetivo.

Los trastornos mentales constituyen un creciente problema sanitario en el mundo y en la Región de las Américas. En 1990 los trastornos psiquiátricos y a las enfermedades neurológicas alcanzaban el 8,8% de la carga total de enfermedades en América Latina y el Caribe, estimadas según los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), y en el 2002 esa carga había ascendido a más del doble, 22,2% según datos de la OMS.¹³

Es conocida la magnitud del sufrimiento que los trastornos producen, la discapacidad que generan y el impacto emocional y económico que tienen en la familia y la comunidad. La gravedad de la situación se acrecienta en virtud de que la respuesta de los servicios de salud es por lo general limitada o inadecuada frente a una carga abultada de trastornos mentales.⁹

La Organización Panamericana de la Salud en su propuesta de *Marco Estratégico y Plan*

.....
de Acción en Salud Mental, recoge la experiencia alcanzada en nuestra región, y expresa el compromiso gubernamental a continuar sosteniendo los principios de universalidad, accesibilidad, inclusión y equidad en salud mental, respeto por los derechos humanos fundamentales de las personas, con la participación social en la definición, ejecución y evaluación de las políticas de salud mental.¹⁴

El mismo documento plantea como área estratégica fundamental para esta problemática, la promoción de la salud mental y prevención de los trastornos psíquicos, dentro del contexto más amplio de la salud pública y propone un enfoque diferente al curativo, que hace soporte en la protección de los atributos positivos de la salud mental y el fomento del estado de bienestar.¹⁴

Este modelo requiere la participación y el compromiso activo, no solo del personal sanitario y de los servicios de salud mental sino también de los interesados directos, la organización de los usuarios, sus familias y profesionales de otros sectores.¹⁵

La promoción de la salud mental junto con la protección y la recuperación constituyen acciones que implican instancias subjetivas, intersubjetivas, comunitarias y sociales, abarcando un amplio espectro de decisiones e intervenciones sujetas a la cultura y a las condiciones de vida. Para su implementación requiere de un posicionamiento singular hacia el futuro, que involucren acciones que apoyen a las personas a adoptar y mantener estilos de vida saludables y a crear ambientes que apoyen la salud.¹⁶

La Organización Mundial de la Salud define la promoción de la salud como “*el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud*”.¹⁷ Así, la promoción de la salud se basa en la población, es decir, considera a todas las personas que comparten el lugar, como un municipio o una región, o la experiencia de ser jóvenes o pobres, o está expuestas a un determinado riesgo, por otro lado, es participativa, implica la colaboración de todos los interesados directos de la comunidad en la selección, la planificación, la ejecución, la evaluación y el mantenimiento de las intervenciones, las políticas y las condiciones que fomentan la salud.¹⁸

Otro aspecto de la promoción de la salud es que se plantea como *intersectorial*, ya que la promoción de la salud hace participar a todos los sectores o partes de la comunidad (ciudadanos individuales, empresas, instituciones gubernamentales, comunidades de fe y organizaciones no gubernamentales como las que prestan servicios sociales y de salud, organizaciones sociales y culturales, etc.) en la realización de cambios que fomenten la salud en sus programas, políticas y prácticas.¹⁸

La promoción de la salud reconoce el *contexto*, es decir, tiene en cuenta todos los aspectos pertinentes del lugar y el tiempo, incluyendo la historia, la información demográfica, la

experiencia anterior, la geografía, la cultura, la política, la economía, la estructura social y otros factores importantes.¹⁸

Por último la promoción de la salud opera en muchos *niveles diferentes* (del individuo y las relaciones, de la organización, de la comunidad y del sistema más amplio) para alcanzar las metas de salud de la población.¹⁸

Estos conceptos ponen en práctica la necesidad de enfoques participativos; los individuos, las organizaciones, las comunidades y las instituciones deben colaborar para crear condiciones que garanticen la salud y el bienestar para todos. Considerar la participación implica, un trabajo de gestión concentrada entre varios actores sociales en operaciones de mejoramiento de la situación de un determinado sector social, utilizando los recursos y las potencialidades de cada uno. Es una construcción social, múltiple, sujeta a valores y circunstancias contextuales que surgen en un determinado momento.¹⁹

Según Stringer, *“El diseño participativo es una relación de interacciones en la que el usuario y planificador confrontan sus puntos de vista, aprenden sus lenguajes y la validez de sus posiciones”*,¹⁹ es por ello que se hace necesario el reconocimiento de esas creencias a fin de poder ajustar de manera colectiva las intervenciones en función de los requerimientos que son reconocidas por la propia comunidad como necesidades particulares de las prioridades de salud de la población.

Desde este contexto el objetivo de la propuesta fue “Diseñar una propuesta estratégica de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales que fortalezca las capacidades y promueva prácticas innovadoras para que la comunidad de Malvinas Argentinas identifique y aborde los problemas de salud mental más frecuentes en su contexto particular”.

Diseño metodológico de la experiencia y ejecución.

En la propuesta se utilizaron herramientas que permitieron crear vínculos de reflexión-diálogo-acción-aprendizaje entre las personas (organizaciones) de la comunidad de Malvinas Argentinas y agentes externos constituidos por egresados universitarios, docentes universitarios, estudiantes y miembros de ONGs interesados en promover acciones para el desarrollo y el empoderamiento socio político de las comunidades.

De este modo, enfatizando las potencialidades de la comunidad en la determinación y resolución de problemas, se convierte a los miembros de la comunidad participantes activos de la promoción y prevención de salud. En este sentido se basa en un aprendizaje anclado en la vida real de la comunidad y de los acuerdos desde la posición de horizontalidad entre los agentes cooperantes y de este modo, se avanza en una propuesta de co-construcción de cono-

.....
cimientos sostenidos desde la práctica conjunta entre los participantes involucrados, desde la inclusión de los sujetos y desde el aporte de la experiencia.²⁰

Resultados obtenidos.

La propuesta inicia con la realización de un *diagnóstico epidemiológico* desde dos estrategias:

- Descripción de registros de oficiales (planillas C1) con datos de las consultas médicas a los Centros de Salud de Malvinas Argentinas, para lo cual se sistematizaron 18.510 registros de consultas correspondientes a los meses de abril, junio y septiembre; los motivos de consulta se clasificaron según la Clasificación Estadística de Problemas de Salud en Atención primaria (CEPS-AP) (sistema de codificación que permite clasificar los problemas de salud atendidos exclusivamente en el primer nivel de atención; ha sido estructurada a partir de la Clasificación Internacional de Enfermedades, con el objetivo principal de disponer de información apropiada para establecer prioridades, planificar, monitorear y evaluar los servicios en ese nivel de atención).²¹

- Determinación de la prevalencia de distintos trastornos mentales y de comportamiento en personas que consultaron por problemas de salud general a los centros de salud de la localidad, a través de la aplicación de un instrumento estandarizado para la detección de trastornos mentales en la comunidad *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*.²²

El abordaje epidemiológico se propuso en función de considerar la epidemiología como pilar fundamental de las políticas de prevención de salud, las que generalmente se basan sobre dispositivos de transmisión y divulgación de saberes de la comunidad.²³

Descripción de consultas médicas en los centros de salud de Malvinas Argentinas.

Del total de las consultas 56,15% fueron realizadas por mujeres y el 42,79% por varones y no se registraron datos del 1,07%. Según el grupo de edad el 43,83% de las consultas eran personas de edad pediátrica (0 a 14 años), el 30,77% de las consultas fue realizada por el grupo de 15 a 49 años, el 17,27% por el grupo de 50 años y mas, y no se presentaron datos del 8,13%.

En relación a los servicios que se consultaron, el promedio trimestral muestra que el 41,80% corresponden al servicio de guardia, el 37,86% al servicio de pediatría, el 12,93% al servicio de clínica médica, el 5,08% a obstetricia y ginecología, el 2,18% a cardiología y el 0,15% a oftalmología.

En el trimestre estudiado, se observó que los primeros 5 grupos diagnósticos con mayor frecuencia fueron: *enfermedades del sistema respiratorio*, promedio trimestral 28,25% de las

consultas (1 de cada 4 personas); *factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud*, promedio trimestral 20,26% (1 de cada 5 personas); *síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte*, promedio trimestral 12,11%; *enfermedades del sistema circulatorio*, promedio trimestral 6,05%; *traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas*, promedio trimestral 5,9%.

La distribución según sexo de estos grupos diagnósticos muestra en el promedio trimestral: *enfermedades del sistema respiratorio*, mayor en hombres con el 20,14% del total de las consultas médicas; *factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud*, mayor en mujeres con el 15,81% de las consultas médicas; *síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte*, mayor en mujeres con el 8,04% de las consultas médicas; *enfermedades del sistema circulatorio*, mayor en mujeres con el 5,19% de las consultas médicas y los *traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas*, mayor en varones con el 5,65% de las consultas médicas.

En el análisis se observó que el grupo de trastornos mentales y del comportamiento presentó un promedio trimestral del 1,1% de las consultas, con mayor porcentaje en mujeres que en varones.

Prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento en consultantes de los centros de salud.

- Prevalencia en la vida, año y mes, de trastornos mentales y del comportamiento:

Los resultados según *prevalencia global en la vida, prevalencia año y prevalencia mes* muestran que el 78,26% de la población presentó algún trastorno mental y del comportamiento en la vida, el 33,33% en el último año y el 8,7% en el último mes, es decir que 3 de cada 4 personas, 2 de cada 6 y 1 de cada 11 presentaron algún trastorno mental y del comportamiento en la vida, en el último año y en el último mes respectivamente.

Se observa que la prevalencia global en la vida, en el último año y en el último mes se distribuyó entre los diagnósticos agrupados como *trastornos afectivos (del humor)* y *trastornos de ansiedad (neuróticos)*, y no se encontraron casos en los grupos de trastornos mentales debidos al *consumo de psicotrópicos y trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez o adolescencia*.

Los valores muestran mayor prevalencia en la vida de *trastornos afectivos* con 42,03% respecto a los *trastornos de ansiedad* con 36,23%. En el último año los *trastornos de ansiedad* presentaron mayor prevalencia que los *trastornos afectivos* con valores de 23,19% y 10,14% respectivamente. Mientras que en la prevalencia del último mes solo se presentaron *trastornos de ansiedad* con 8,7%.

- Prevalencia en la vida de trastornos mentales y del comportamiento según características sociodemográficas:

Las mujeres presentaron mayor frecuencia tanto para *trastornos afectivos* y *trastornos de ansiedad* que los varones, con 26 veces más posibilidad de presentar trastornos mentales las mujeres que los varones ($p=0,0001$; OR: 26,86 LI 6,53 - LS 110,39) (tabla 1).

TABLA 1. PREVALENCIA EN LA VIDA DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO SEGÚN SEXO DE PERSONAS QUE ASISTIERON POR PROBLEMAS DE SALUD GENERAL A LOS CENTROS DE SALUD DE MALVINAS ARGENTINAS (N: 69).

Grupos y subgrupos de trastornos	Prevalencia Vida					
	Varón		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
(F30-39) Trastornos afectivos	4	5,8	25	36,23	29	42,03
(F32) Episodios depresivos	2	2,9	10	14,49	12	17,39
(F33) Trastornos depresivos recurrentes	2	2,9	10	14,49	12	17,39
(F34) Trastornos afectivos persistentes	0	0	5	7,25	5	7,25
(F40-48) Trastornos de ansiedad	3	4,35	22	31,88	25	36,23
(F40) Trastornos fóbicos de ansiedad	0	0	5	7,25	5	7,25
(F41) Otros trastornos de ansiedad	2	2,9	12	17,39	14	20,29
(F42) Trastornos obsesivo-compulsivo	1	1,45	2	2,9	3	4,35
(F43) Reacción al stress grave y trastornos de adaptación	0	0	3	4,35	3	4,35
Total	7	10,14	47*	68,12	54	78,26

*Estadísticamente significativo ($p=0,0001$)

La prevalencia por subgrupos de trastornos mentales y del comportamiento incluidos en los *trastornos afectivos* y *trastornos de ansiedad* según sexo, se muestran en la tabla 1, y la prevalencia en la vida de trastornos mentales y del comportamiento según sexo se presentan en la figura 1.

En cuanto a los varones los datos muestran una relación entre los más jóvenes y la existencia de *trastornos afectivos*, con medias de edad para varones con *trastornos afectivos* de $29\pm 5,84$ años y para varones sin *trastornos afectivos* $47,67\pm 3,02$ años ($p=0,01$).

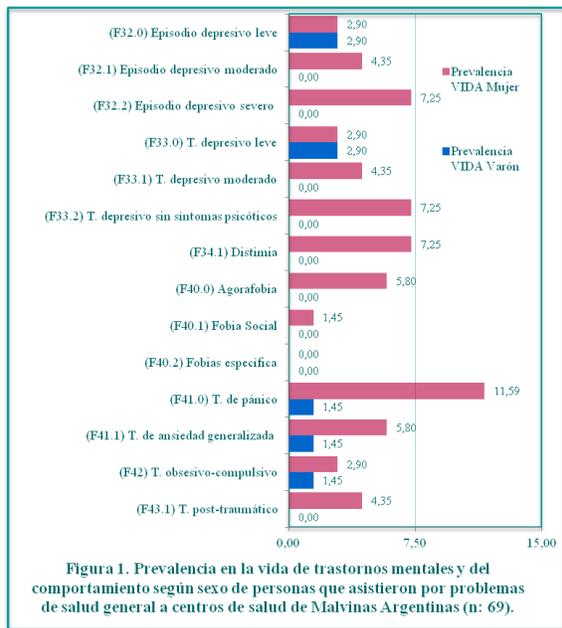


Figura 1. Prevalencia en la vida de trastornos mentales y del comportamiento según sexo de personas que asistieron por problemas de salud general a centros de salud de Malvinas Argentinas (n: 69).

Los trastornos mentales y del comportamiento en la vida según grupos de edad presentaron mayor prevalencia en el grupo de 25 a 44 años seguido del grupo de 45 a 64 años ($p=0,0002$) y luego el grupo de 20 a 24 años ($p=0,02$) (tabla 2).

TABLA 2. PREVALENCIA EN LA VIDA DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO SEGÚN GRUPO DE EDAD DE PERSONAS QUE ASISTIERON POR PROBLEMAS DE SALUD GENERAL A LOS CENTROS DE SALUD DE MALVINAS ARGENTINAS (N: 69).

Grupos y subgrupos de trastornos	20 a 24 años		25 a 44 años		45 a 65 años		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
(F30-39) Trastornos afectivos	4	5,8	11	15,94	14	20,29	29	42,03
(F32) Episodios depresivos	2	2,9	6	8,7	4	5,8	12	17,39
(F33) Trastornos depresivos recurrentes	2	2,9	2	2,9	8	11,59	12	17,39
(F34) Trastornos afectivos persistentes	0	0	3	4,35	2	2,9	5	7,25
(F40-48) Trastornos de ansiedad	5	7,25	15	21,74	5	7,25	25	36,23
(F40) Trastornos fóbicos de ansiedad	1	1,45	4	5,8	0	0	5	7,25
(F41) Otros trastornos de ansiedad	1	1,45	8	11,59	5	7,25	14	20,29
(F42) Trastornos obsesivo-compulsivo	1	1,45	2	2,9	0	0	3	4,35
(F43) Reacción al stress grave y trastornos de adaptación	2	2,9	1	1,45	0	0	3	4,35
Total	9	13,04	26	37,68*	19	27,54	54	78,26

* Estadísticamente significativo: en relación al grupo de 45 a 65 años $p=0,0002$; en relación al grupo de 20 a 24 años $p=0,02$

La prevalencia por subgrupos de trastornos mentales y del comportamiento incluidos en los *trastornos afectivos* y *trastornos de ansiedad* según grupos de edad, se muestra en la tabla 2, y la prevalencia en la vida de trastornos mentales y del comportamiento según grupos de edad se indican en la figura 2.

Los trastornos mentales y del comportamiento en la vida según estado civil registraron mayor prevalencia en casados, seguido por el grupo de solteros, el grupo de separados/divorciados y por último el grupo de viudos (tabla 3).

Los *trastornos afectivos* se presentaron con mayor prevalencia en casados y los *trastornos de ansiedad* se presentaron con mayor prevalencia en solteros (tabla 3).

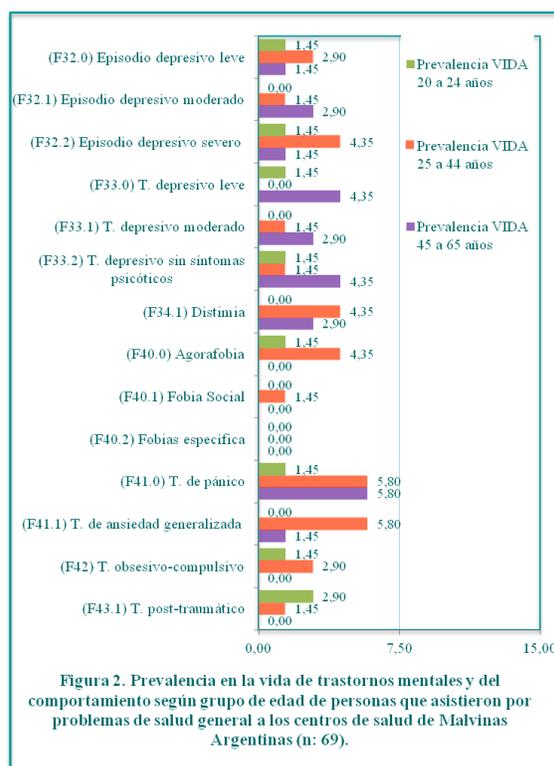


Figura 2. Prevalencia en la vida de trastornos mentales y del comportamiento según grupo de edad de personas que asistieron por problemas de salud general a los centros de salud de Malvinas Argentinas (n: 69).

.....

TABLA 3. PREVALENCIA EN LA VIDA DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO SEGÚN ESTADO CIVIL DE PERSONAS QUE ASISTIERON POR PROBLEMAS DE SALUD GENERAL A LOS CENTROS DE SALUD DE MALVINAS ARGENTINAS (N: 69).

Grupos y subgrupos de trastornos	Solteros		Casados		Separados/ Divorciados		Viudos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
(F30-39) Trastornos afectivos	8	11,6	12	17,39	9	13,04	0	0	29	42,03
(F32) Episodios depresivos	4	5,8	6	8,7	2	2,9	0	0	12	17,39
(F33) Trastornos depresivos recurrentes	4	5,8	6	8,7	2	2,9	0	0	12	17,39
(F34) Trastornos afectivos persistentes	0	0	0	0	5	7,25	0	0	5	7,25
(F40-48) Trastornos de ansiedad	12	17,39	10	14,49	2	2,9	1	1,45	25	36,23
(F40) Trastornos fóbicos de ansiedad	2	2,9	2	2,9	1	1,45	0	0	5	7,25
(F41) Otros trastornos de ansiedad	5	7,25	7	10,14	1	1,45	1	1,45	14	20,29
(F42) Trastornos obsesivo-compulsivo	3	4,35	0	0	0	0	0	0	3	4,35
(F43) Reacción al stress grave y trastornos de adaptación	2	2,9	1	1,45	0	0	0	0	3	4,35
Total	20	28,99	22	31,88	11	15,94	1	1,45	54	78,26

La prevalencia por subgrupos de trastornos mentales y del comportamiento incluidos en los *trastornos afectivos* y *trastornos de ansiedad* según estado civil, se muestran en la tabla 3, y la prevalencia en la vida de trastornos mentales y del comportamiento según estado civil se indican en la figura 3.

Al analizar el grupo de casados con *trastornos afectivos*, se observó que la media de edad entre quienes los registraron fue menor que la media de edad del grupo que no presentó *trastornos afectivos* ($31,58 \pm 2,54$ años; $51,32 \pm 2,02$ años, respectivamente; $p=0,0001$), y en relación a los *trastornos de ansiedad*, se observa la misma situación donde la media de edad es menor en casados que presentaron *trastornos de ansiedad* ($31,2 \pm 3,11$ años; $49,62 \pm 2,15$ años, respectivamente; $p=0,0001$).

En cuanto a los solteros los datos muestran una relación entre los más jóvenes y la presentación de trastornos, con medias de edad para solteros con *trastornos afectivos* y *trastornos de ansiedad* menor que los solteros sin trastornos (*trastornos afectivos*: $21,75 \pm 2,09$ años; $36,08 \pm 1,71$ años, respectivamente; $p=0,0001$ - *trastornos de ansiedad*: $26,83 \pm 2,4$ años; $35,63 \pm 2,94$ años, respectivamente; $p=0,03$)

El grupo de separados/divorciados también presentó diferencias significativas en relación a la edad de los *trastornos de ansiedad* donde la media de edad es menor en separados/divorciados que registraron trastornos ($31,50 \pm 6,79$ años; $54,18 \pm 2,9$ años, respectivamente; $p=0,01$).

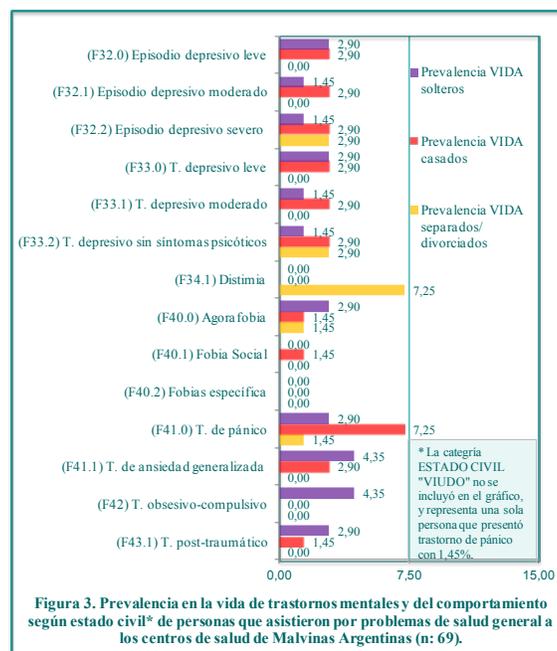


Figura 3. Prevalencia en la vida de trastornos mentales y del comportamiento según estado civil* de personas que asistieron por problemas de salud general a los centros de salud de Malvinas Argentinas (n: 69).

- Análisis de Correspondencia según diferentes tipos de trastornos en relación al sexo, grupo de edad y estado civil:

El análisis de correspondencia, permitió reconocer el grado de relación existente entre categorías de las variables seleccionadas entre las personas que asistieron por problemas de salud general a los centros de salud de Malvinas Argentinas. En el mismo se observa la conformación de conglomerados entre diferentes categorías de las variables, entre ellas: el grupo de mujeres y los trastornos afectivos en la vida; el grupo de edad de 20 a 24 años y los trastornos de ansiedad en el último año; el grupo de 25 a 44 años, solteros y los trastornos de ansiedad en el último año.

Como conclusión del diagnóstico epidemiológico, se observa que la prevalencia de vida de trastornos mentales y de comportamiento es superior a la observada en otros estudios,^{4,9} y en el caso de los trastornos afectivos en la vida afectan más a mujeres que a varones, y los trastornos de ansiedad en el último año a personas jóvenes y solteras.

Socialización de los resultados del diagnóstico epidemiológico y reconocimiento de los problemas de salud prioritarios por parte de la comunidad.

El diagnóstico efectuado dio lugar a una serie de objetivos que permitió desarrollar estrategias de acción diseñadas con la comunidad, de esta forma se logra vislumbrar la articulación de la educación con la salud para el bienestar de la población, junto a otras organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.

A su vez, se asumió la participación comunitaria como proceso de integración y articulación social que implicó: el conocimiento de quiénes participaban, dónde se participaba, qué se quería o se buscaba y hacia dónde se iría; siendo la misma exponente de la relación entre los intereses individuales, institucionales y sociales.

Otros aspectos considerados en este abordaje fueron los aportados por Basagoiti y col.: “*el conocimiento, la formación, la comunicación, la mediación y la proximidad*”.²⁴

Respecto al *conocimiento*, requirió del reconocimiento de las personas, grupos y del entorno. En cuanto a la *formación*, permitió reflexionar acerca del espacio generado y analizar si todos tienen la misma posibilidad de incorporarse y cómo se conforma este espacio de formación. En relación a la *comunicación* supuso reconocer los códigos o formas de comunicación de los participantes y socializar el conocimiento. La *mediación* implicó reconocer actores e intereses, los elementos compatibles entre ellos y los mediadores informarles. La *proximidad* supuso el trabajo de calle, el uso del lenguaje cotidiano, el uso de los códigos de la comunidad de manera de conectarse con la comunidad, sus problemáticas e inquietudes y canalizar las propuestas de intervención.²⁴

Esta etapa del diseño participativo, se centró en el marco de la promoción de salud que cumple sus objetivos mediante una variedad de actividades encaminadas a fomentar comportamientos y estilos de vida saludables. Se centra en las elecciones y responsabilidades personales y en el cambio social del medio. Utiliza una variedad de estrategias complementarias como la comunicación y educación para la salud, la participación comunitaria y el empoderamiento social, las políticas públicas y la abogacía.²⁵

Bajo el modelo teórico descripto, se socializaron los resultados del diagnóstico epidemiológico realizado a través de las entrevistas CIDI y los datos obtenidos de los registros Clínicos del Centro de Salud de Malvinas Argentinas a diversas agrupaciones sociales gubernamentales y no gubernamentales.

Las agrupaciones con las que se generó la propuesta de socialización fueron: Directores de Salud y miembros del equipo de Médicos Comunitarios de la ciudad de Malvinas Argentinas; Consejo Directivo de la escuela primaria H. Valdivieso; representantes de la Secretaría de Desarrollo Social de la municipalidad y referentes religiosos de la comunidad.

Se comenzaron los encuentros con cada grupo de la comunidad, a través de productos específicamente realizados para cada uno de los mismos, generados de diversas formas en especial como informes escritos y/o medios audiovisuales.

Los encuentros con las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, se presentaron como espacios de reflexión-diálogo acerca de las diferentes problemáticas que cada grupo de la comunidad observa, a partir de la problematización como propuesta metodoló-

.....
gica que facilitó el reconocimiento de las experiencias y conocimientos previos, la discusión crítica de la teoría para la integración y síntesis de los elementos nuevos de modo que enriquezcan y/o modifiquen la realidad inicial del grupo.

A su vez, complementando la experiencia con grupos gubernamentales y no gubernamentales de la comunidad, se realizaron entrevistas en profundidad con referentes del área de la salud, para el reconocimiento de la perspectiva de la problemática en esta área, y como se desarrolla la dinámica de la comunidad en este proceso.²⁶

La posibilidad de diálogo y reflexión de las problemáticas comunitarias se planteó como valores indispensables del proceso, ya que representó una propuesta que combinó aspectos conceptuales-prácticos, integró expectativas de los participantes y generó espacios de intercambio y construcción de conocimientos, de análisis y reflexión desde las representaciones y cosmovisión de la realidad que cada agente social podía aportar, y la importancia de completar e integrar esta perspectiva al diagnóstico epidemiológico.

Como producto del diálogo y reflexión, la comunidad dejó explicitados diferentes aspectos que atraviesan la problemática local, entre los que se encuentran: violencia familiar, maltrato y violencia de género; consumo de sustancias (fundamentalmente alcohol); deserción escolar, en especial en el secundario; desconcierto en la utilización del tiempo de ocio, en especial en los jóvenes; ausencia de capacitación de diversos actores de la comunidad en problemáticas de salud mental; falta de articulación de actividades realizadas por los diversos actores sociales; falta de articulación, división, problemas de integración entre las tres secciones en las cuales está dividida la localidad.

Podemos reconocer algunas de las expresiones textuales que dan cuenta de la problemática local.

“En cuanto a la demanda en Salud Mental, siempre se consulta por violencia”.

“Es muchísima la demanda de Salud Mental [...]. Expresan que hay mucha violencia, familias problemáticas, también de las escuelas hay mucha demanda por problemas de conducta, cuestiones de abandono, niños que terminan en manos del tío, el vecino”.

“Hay muchos problemas familiares y de violencia familiar, vienen con crisis de nervios a la guardia porque le pegó el marido. También llegan por consumo de drogas y alcohol, sobre todo fines de semana, como en todos lados”.

“Hay de consumo [de drogas], como en todos lados”.

“Todo esto se manifiesta en los chicos. Empieza con problemas de conducta, luego deserción escolar. También hay depresión y otras patologías. Yo vi el tema del estigma, es más, te lo dicen abiertamente”.

“[los adolescentes] dejan de estudiar en 3° año y se van a trabajar en la construcción”.

“Si uno mira como fue el crecimiento geográfico de Malvinas entiende todo. Se fue asentando gente que tiene un contexto socioeconómico complicado”.

“[Malvinas] es un poco complicado, sobre todo por una cuestión geográfica, al estar dividida en tres secciones. Cada sección tiene sus grupos y trabajan de forma aislada, que no se pueden juntar; porque no están de acuerdo por ejemplo en ideología política”.

“Hay muchos grupos trabajando de manera aislada. Está [la escuela] Valdivieso, los de la comunidad Evangelista, el club de fútbol, una fundación que hace investigación, la municipalidad con talleres de oficios, todos trabajan de forma aislada”.

“A veces hay problemas de niños o casos complicados y tenemos que buscar asistentes sociales en la Municipalidad donde hay dos o tres, pero necesitamos uno acá. Sería más fácil para trabajar, se articularía mejor”.

“Además tener uno o dos psiquiatras acá porque cuando pasan el límite de psicólogos se deriva a Córdoba, lo ideal sería tener un psiquiatra en los tres centros. Solucionaría mucho, sobre todo el tema de drogas, alcoholismo, violencia familiar, intento de suicidio”.

Este proceso, fue sentando las bases para el abordaje de aspectos tales como la necesidad de fortalecer las estrategias de atención hacia los problemas de salud mental, la participación activa de los actores sociales en la transformación de algunos aspectos de la realidad sanitaria local y el fortalecimiento de la red local de salud.

Destacar las potencialidades de la comunidad en la determinación y resolución de problemas, resultó en el empoderamiento de la comunidad, y contribuyó de manera singular al abordaje interdisciplinario, además que los miembros de la comunidad se presenten como participantes activos de la promoción y prevención de salud, sintetizando así un aprendizaje anclado en la vida real de la comunidad y de los acuerdos efectuados por la misma.

El *diseño participativo con la comunidad*, se propuso con el fin de seleccionar las acciones a realizar y efectivización de estrategias de desarrollo e implementación de la temática.

Se basó en un compromiso progresivo de los participantes y se trabajó en el proceso de construcción de las relaciones sociales para potenciar la capacidad de trabajo y reflexionar sobre las estructuras existentes, contextualizando la propuesta en las dinámicas locales como también los ritmos y tiempos de la comunidad.

La síntesis e integración del diagnóstico efectuado en una primera instancia dio lugar a

una serie de objetivos que contemplaron la necesidad de algún tipo de “estímulo a la acción” para que la nueva conducta se ponga en marcha.²⁷

En base a lo trabajado en cada grupo y referentes comunitarios se procedió a la triangulación de la información, luego de lo cual fueron establecidos las problemáticas identificadas. Posteriormente, se priorizaron los problemas relacionados con la salud mental en la comunidad de Malvinas Argentinas y se indagó con cada grupo de la comunidad las posibles líneas de acción/actividades a trabajar en la comunidad.

Priorización del problema y justificación: Siguiendo los lineamientos de Gofin y Levav se complementó el *diagnóstico comunitario* que surge de la información cuantitativa, con el *diagnóstico de la comunidad*, a través de la información cualitativa.²⁶ En este aspecto, a través del análisis de los determinantes del proceso de salud mental-enfermedad, se priorizaron la ausencia de capacitación de los diversos grupos de la comunidad en problemáticas de salud mental, falta de articulación entre los actores sociales de la comunidad de Malvinas Argentinas y la falta de articulación e integración entre las secciones en las que se divide la localidad, como determinantes fundamentales de las problemáticas identificadas en salud mental (figura 4).

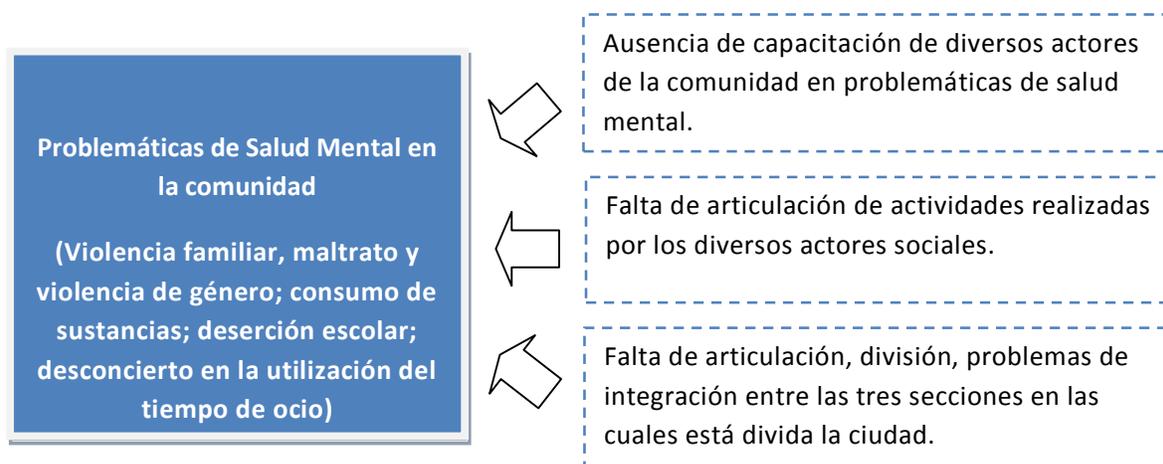


Figura 4: Priorización de problemáticas relacionadas con la salud mental en Malvinas Argentinas.

Como *población objetivo*, se planteó que aunque las acciones se destinan a todo el grupo familiar e involucra a diversos actores sociales de la comunidad; las actividades se priorizarán en adolescentes y jóvenes, en especial mujeres; debido a que se encuentran más vulnerables a ciertos problemas de salud mental, según surge del diagnóstico comunitario.

Como *ejes de acción/actividades* se reconocieron dos como las principales:

-
- Fortalecimiento del trabajo en red de las diversas instituciones de la comunidad de Malvinas Argentinas, a través de la realización de actividades que fomenten la interacción de diversas instituciones en relación a la salud mental.
 - Difusión de las estrategias de promoción de salud a través de técnicas audiovisuales. A continuación se presentan los supuestos teóricos y las estrategias de intervención elaboradas en este aspecto.

1. Fortalecimiento del trabajo en red a través de la realización de actividades que fomenten la interacción de diversas instituciones en relación a la salud mental.

Talleres artísticos.

En este proceso, fueron diversas las propuestas que emergieron, entre ellas la principal fueron talleres artísticos estipulados con una frecuencia de cada 15 días.

La realización de talleres de expresión artística puede presentarse como instrumento para la prevención y promoción de la salud mental; desde el hecho que *“la actividad artística proporciona un medio concreto (no verbal) a través del cual una persona puede lograr una expresión consciente o inconsciente que puede utilizarse como valioso agente terapéutico”*.²⁸ *“La utilización de las terapias con recursos artísticos, ha mostrado sus beneficios en la práctica con diferentes tipos de problemas y situaciones de salud en que se implican alteraciones psicológicas, con la posibilidad de llevarla a la familia y a diferentes instituciones de la comunidad, apoyándose en los recursos de la propia comunidad y pudiendo aplicarse variantes individuales y grupales en la orientación psicológica y con fines terapéuticos, que la hacen compatible con las complejas características del trabajo en la atención primaria”*.²⁹

Los participantes presentaron la “capacitación” como principal expectativa de los talleres, seguida de “conformar un equipo de trabajo”, “lograr algo bueno para ellos”, “crecer como persona”, “conocer a otras personas de la comunidad”; “colaborar con las actividades de la comunidad”, “participar de actividades de la comunidad”, “conversar sobre nuestros problemas”, “divertirme”, “compartir un momento con mi hija”.

Luego de la experiencia de los talleres, los participantes expresaron las posibilidades que les brindaron los talleres, entre esas expresiones se reconocieron: “trabajar con otros”, “valorarme en lo que hago”, “ayudar a otro y sentirme ayudado”, “expresarme sin temor”, “compartir con otras personas”, “divertirse con otras personas y sentirse cómoda”.

2. Difusión de las estrategias de promoción de la salud a través de medios audiovisuales.

A partir de los resultados obtenidos por el equipo de investigación y una vez diseñadas participativamente con la comunidad las acciones de promoción de salud, se propuso efectuar

la difusión de las estrategias de promoción a través de medios audiovisuales. Esta instancia consistió en la elección y utilización de los medios audiovisuales disponibles para difundir estrategias de promoción de la salud.

Es así que, el equipo de trabajo generó espacios de reflexión, de decisión y de acción, tanto en la capacitación y el fortalecimiento de actores/referentes comunitarios e integrantes de las instituciones participantes, como la autogestión en la comunidad autogestión para su propia transformación y la de su contexto-ambiente.

El taller de producción audiovisual involucró activamente al equipo de salud de Malvinas Argentinas, a los profesionales que se desempeñan en el ámbito de la Escuela de Salud Pública en equipo interdisciplinario y fundamentalmente a la comunidad del municipio.

Así, la propuesta aborda tres ejes básicos, que corresponden a la intervención, con la expectativa de transformar una realidad que se considera problemática, considerando la relación dialógica entre los saberes académicos y los saberes populares y el impacto tanto en la comunidad (a partir de la intervención), como en la universidad (revisando y reflexionando sobre los modos de producción de conocimientos, vinculación con la sociedad y perspectivas de la temática).

La conjunción entre las experiencias previas con la comunidad y los antecedentes teóricos considerados plantearon los siguientes tópicos, que situaron esta propuesta de difusión audiovisual:

- Respuesta insuficiente de los servicios de salud hacia los problemas de salud mental.
- Protección adicional en cuestiones de salud mental para grupos vulnerables, como son los niños y adolescentes.
- Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos psíquicos.
- Protección de los atributos positivos de la salud mental y el fomento del estado de bienestar.
- Orientación de los servicios hacia un modelo comunitario de atención de salud mental.
- Participación activa de los actores sociales en la transformación de algunos aspectos de la realidad sanitaria local.

Por estas razones se consideró necesario fortalecer la red local de salud, con énfasis en salud mental, a través del taller de producción audiovisual, diseñado junto con los actores locales en el cual se proponen estrategias de promoción de la salud mental destinadas especialmente a grupos vulnerables. En este sentido, el fortalecimiento de la salud mental en la comunidad implica generar espacios de relación entre los centros de salud y la comunidad, mediante estrategias que favorezcan a los individuos y la comunidad en términos de conocimiento, participación y toma de decisiones sobre su propia salud, adquiriendo así responsa-

bilidades sobre ella⁴. Se trató de una propuesta que surgió de la articulación entre heterogeneidades, donde el vínculo entre los participantes fue condición indispensable y que implicó un proceso de construcción permanente.¹¹

Se utilizan los medios audiovisuales como estrategias de difusión de los resultados obtenidos en la intervención, porque el lenguaje audiovisual que se basa principalmente en imagen y símbolos posibilitó generar materiales de comunicación para la salud. En este proceso se involucra a la comunidad y por eso se diseña un formato de taller participativo y comunitario que logre enfatizar las potencialidades de la comunidad en la determinación y resolución de problemas, de esa manera, los miembros de la comunidad se convierten en participantes activos de la promoción y prevención de salud, específicamente de la salud mental.

Es conocida la influencia de los medios de comunicación en la vida social de los individuos.^{30,31} Los medios crecen rápidamente a medida que las nuevas tecnologías aparecen, mutando de soporte para insertarse cada vez más, en una relación más íntima con el espectador. Los medios no han dejado de producir contenidos para divertir, formar o informar a sus espectadores, hace falta sólo recordar el paso de la distante pantalla de cine, por la televisión en el hogar hasta llegar hoy al smartphone en el bolsillo.

Otro fenómeno interesante de destacar es como hoy estas nuevas tecnologías permiten que el individuo espectador ya no sea pasivo, sino que pueda también, ser productor de contenidos, definidos a estos *consumidores/productores* desde varias disciplinas como *prosumer*. La accesibilidad a los equipos de video, por ejemplo, hace que prácticamente cualquier persona con esos dispositivos y un ordenador sea capaz de producir y compartir sus propias producciones.

En 1972, Marshall McLuhan y Barrington Nevitt sugirieron, en su libro *Take Today*,¹⁵ que con la tecnología electrónica el consumidor podría llegar a ser un productor al mismo tiempo. En el libro de 1980 *The Third Wave* (La tercera ola), el futurólogo Alvin Toffler acuñó el término “prosumidor” cuando hizo predicciones sobre los roles de los productores y los consumidores, aunque ya se había referido al tema desde 1970 en su libro *Future Shock*.

Esta tendencia emergente de los *prosumer*, empleada en el taller estimula a la comunidad el desarrollo de tareas preventivas y de promoción. En este sentido, definiendo como eje temático la divulgación de los resultados de las intervenciones en la Comunidad de Malvinas Argentinas, el Taller de Producción Audiovisual propone introducir a los actores de la comunidad en el aprendizaje de las herramientas conceptuales y prácticas básicas para la realización de un producto audiovisual, donde los participantes establecen un recorrido analítico concreto y a la vez productivo en torno a la realización de la narrativa audiovisual y de la divulgación de los resultados. A partir de este trabajo conjunto se favorece el aprendizaje

del uso de herramientas de comunicación, se fomenta el desarrollo del concepto de *prosumer*, empoderando a los sujetos a partir del protagonismo que cobran dentro del proceso de comunicación en la dinámica local, se favorece las relaciones interdisciplinarias de las distintas áreas de la investigación para la elaboración del producto audiovisual, se contribuye al trabajo en equipo y de redes, se estimula la creatividad e iniciativa de los participantes para desarrollar una estrategia de divulgación acorde a la comunidad y se promueven espacios de intercambio y comunicación para establecer vínculos entre los prosumers y los medios locales de comunicación.

El taller se desarrolla de manera sincrónica con el esquema básico que establece la producción audiovisual, dividiendo el proceso en cuatro etapas bien diferenciadas con dinámicas particulares: las mismas se detallan a continuación:

- Pre producción: Se socializan los resultados de la investigación. Se esboza la idea y se inicia la escritura del guión, estableciendo un plan de rodaje.

La construcción del guión, es la primer parte del taller donde participativamente los miembros de la comunidad junto al equipo de salud del municipio y al equipo de investigación, desarrollan el contenido a difundir, enfocado fuertemente en estrategias posibles de promoción y prevención de los Trastornos de Salud Mental, teniendo en cuenta los resultados identificados en la comunidad.

- Producción: Se lleva a cabo el plan propuesto, con lo pautado en el plan de rodaje de acuerdo a lo establecido en el guión.
- Pos producción: Se realiza la edición del material en crudo para obtener el corte final del producto audiovisual acordado y consensuado.
- Exhibición: Se propone un esquema para la divulgación del video.

Evaluación de éxitos y fracasos.

En esta experiencia se reconocen con éxitos la conformación y sostenimiento de un equipo de trabajo, la participación de la comunidad en las acciones referidas a comportamientos y estilos de vida saludables. También la socialización de los resultados del diagnóstico epidemiológico realizado a través de las entrevistas CIDI y los datos obtenidos de los registros Clínicos del Centro de Salud de Malvinas Argentinas a diversas agrupaciones sociales gubernamentales y no gubernamentales.

La reflexión de las problemáticas comunitarias como valores indispensables del proceso, ya que representó una propuesta que combinó aspectos conceptuales-prácticos, y generó espacios de intercambio y construcción de conocimientos.

En cuanto a los fracasos o problemas se vincularon a las dificultades para acordar tiempos

.....
comunes de realización de las actividades, disponibilidad de recursos económicos y el articular las demandas e inquietudes de los sectores involucrados.

Enseñanzas extraídas y conclusiones arribadas.

Consolidación de una red comunitaria.

Lograr una red implica articular el trabajo comunitario y la participación social en la medida que se traducen en un trabajo conjunto, no se trata sólo de mostrar que los individuos existen en contexto de relaciones, sino que requieren del mantenimiento de vínculos entre ellos.³²

A través de la propuesta de intervención se desarrollaron interacciones que produjeron crecimiento, expansión y articulación del trabajo interdisciplinario, se fortaleció la cooperación horizontal entre las personas y facilitó la cooperación entre grupos y se aunaron esfuerzos. Además, se demuestra que los procesos de diseño e intervención en la comunidad son una responsabilidad compartida y no se trata de decisiones individuales. En este sentido se reconoce, que el trabajo organizado y sistemático llevado a cabo en la comunidad de Malvinas Argentinas contribuyó al sostenimiento y consolidación de una red en la comunidad, en términos de Donatti debido a que se estableció una relación de vínculos, lo que caracteriza a toda la red.

Es de suma importancia reconocer que los flujos y movimientos generados a partir de la red comunitaria, el trabajo comunitario y la participación, el crecimiento, expansión y articulación del trabajo interdisciplinario, la cooperación horizontal entre las personas y la cooperación entre grupos se presentaron como parte de la construcción de estrategias de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales con la comunidad de Malvinas Argentinas, surgiendo a partir de una propuesta estratégica que permitió el fortalecimiento de las capacidades y promoción de prácticas innovadoras para dicha comunidad en su contexto particular.

Reflexionando al respecto y desde los aportes de la OMS *“la salud mental es la base para el bienestar y funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad”*,¹⁸ en este sentido, la salud mental implica una tendencia hacia una situación deseable u óptima y se considera que es *“ideal como tal, pero perseguible como objetivo”*.³³

Construyendo estrategias de promoción de la salud mental
y prevención de los trastornos mentales con la comunidad de Malvinas Argentinas.

Bibliografía:

1. Moreno, E., Crivelli, V., Kestelman, N., Malé, M., Passarell, N. (2000). Guía de programación local de actividades de Salud Materno Infantil. Universidad Nacional de Tucumán.
2. Kohn, R., Levav, I., Alterwain, P., Ruocco, M., & Della, G. (2001). Factores de riesgo de trastornos conductuales y emocionales en la niñez. Estudio comunitario en el Uruguay. *Panamericana de Salud Pública* (9), 211–218.
3. Fernández, A. R., Ciuffolini, B., Didoni, M., Utz, L., Jure, H., Acevedo, G., y otros. (2007). Evaluación de APS y de redes de servicios de salud: dos miradas de la situación de salud. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
4. Carrillo, F. J. (2009). Atención Primaria en Salud y Capital Social en Bogotá. *Boletín del Observatorio en Salud*; 2: 1-17.
5. Videla, M. (1991). La salud, la libertad y la prevención”. En: *Intervención Psicológica en Salud Comunitaria. Colección Texto y Contexto*. Buenos Aires: Ediciones Cinco.
6. Dirección General de Estadísticas y Censos. Gobierno de la Provincia de Córdoba. Censo Provincial. (2008). Disponible en: <<http://estadistica.cba.gov.ar/Poblaci%C3%B3n/Censo2008/tabid/462/language/es-AR/Default.aspx>>
7. Burrone, M. S., & Fernández, A. R. (2007). Análisis de las estrategias de Atención Primaria en el municipio de Malvinas Argentinas. *Rev.de Salud Pública* (2), 7-22.
8. Fernández, A.R., Bella, M., Escuti, C., Gallo, V., Lucchese, M., Menel, C., Vila, M., Villacé, M.B., Acosta, L.D., Burrone, M.S., Abeldaño, R.A., Labadié, S. (2012). Salud Mental y consumo de alcohol en adolescentes: indagación en la comunidad abordada desde la Salud Pública. En Peñaranda NV, Zazzarini SB, Bejarano IF (compiladores). “Experiencias innovadoras en investigación aplicada”. 1º Ed. San Salvador de Jujuy: Ediciones DASS-UCSE, págs: 365-372.
9. Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida, J. M., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J. y otros. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev. Panam. de Salud Pública*, 4/5 (18), 229-40.
10. World Health Organization. (2001). *International Consortium Psychiatric Epidemiology*. WHO.
11. Rovere, M. (2007). *Redes en Salud; un nuevo paradigma del abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Ed. Secretaria de Salud Publica/ARM Instituto Lazarte.
12. Sirvent, M.T. (1994). *Educación de Adultos: investigación y participación. Desafíos y contradicciones*, Libros del Quirquincho. Buenos Aires (Edición corregida y aumentada en 2008, Miño y Dávila Ed.).

13. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. (2007). Salud en las Américas. (OPS/OMS, Ed.) Publicaciones científicas y técnicas, (622), 142-143.
14. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. (2001). Declaración de Caracas. Conferencia Reestructuración De la Atención Psiquiátrica en América Latina. Caracas, Venezuela. Disponible en: <http://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf>
15. Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe sobre la Salud del Mundo. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS.
16. Funk, M., Faydi, E., Drew, N., Minoletti, A. (2009). Organización de los servicios de salud mental, el modelo comunitario en salud mental 2009. En: Salud Mental en la Comunidad, 2da Edición. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Washington D.C. pp. 105-117.
17. Organización Mundial de la Salud. (2004). Promoción de la salud mental. Ginebra. 2004. Disponible en <http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf>
18. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. (2014). La promoción de la Salud mental. Washington D.C. Disponible en <http://www.paho.org/hpd/index.php?option=com_catalog&view=article&id=4:whatishealthpromotion&catid=8:recources&lang=es>
19. Dufour, C., Grünewald, F., & Levy, K. (2007). Manual de la participación para los actores humanitarios Cómo mejorar la implicación de las poblaciones afectadas por las Crisis en la respuesta humanitaria. Londres: Groupe Urgence Réhabilitation Développement (Groupe URD). Disponible en <http://www.urd.org/IMG/pdf/MP_ESP_CHAPITRE8.pdf>
20. Sirvent, M.T. (1999a): Cultura Popular y Participación Social. Una investigación en el barrio de Mataderos. Editorial Miño y Davila. Madrid, España.
21. Comisión Nacional de Enfermedades, Dirección Nacional de Estadísticas e Información de Salud-OPS/OMS. (2001). Clasificación Estadística de Problemas de Salud en Atención Primaria.
22. World Health Organization. (2000). Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Version 15. Geneva: WHO.
23. Salleras, L. (1990). Educación sanitaria, principios, métodos y aplicaciones. Madrid: Díaz de Santos.

-
24. Basagoiti, R., Bru, M., Concha, P. & Concha, L. (2001). La IAP de bolsillo. Edita ACSUR Las Segovias. Madrid.
 25. Rodríguez Cabrera, A., Sanabria Ramos, G., Contreras Palú, M.E., Perdomo Cáceres, B. (2013). Estrategia educativa en promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. *Rev Cub Salud Pública*, 39 (1): 161-74.
 26. Gofin, J., Levav, I. (1992). Diagnóstico Comunitario. En: Levav I (Ed.) *Temas de Salud Mental en la comunidad*. Capítulo II. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
 27. Valadez Figueroa, I., Villaseñor Farias, M., Alfaro, N. (2006). Educación para la salud: la importancia del concepto.
 28. Dowmat, L.P. (2000) Tres aproximaciones al Arte Terapia. *Arte, Individuo y Sociedad*. 12: 311-319.
 29. Suarez, E.L., Reyes, W.G. (2000). La terapia con recursos artísticos. Su utilidad en la Atención Primaria de Salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 16 (3): 295-304.
 30. Suárez, C., Del Moral, G., Musitu, G., & Villarreal-González, M. (2013). Medios de comunicación y consumo de alcohol en adolescentes: ¿qué dicen los expertos? *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 13(2).
 31. Bonilla, J. I., & Tamayo Gómez, C. A. (2013). Violencias y medios de comunicación en América Latina: una cartografía para el análisis. *Signo y Pensamiento*, 25(50), 211-231.
 32. Donatti. (2011). VIII Jornadas de Cooperación Educativa con Iberoamérica sobre Educación Especial e Inclusión Educativa. Montevideo.
 33. Costa, J. M. (1994). *Manual de psiquiatría*. Barcelona: Bellaterra: Publicaciones de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Construyendo estrategias de promoción de la salud mental
y prevención de los trastornos mentales con la comunidad de Malvinas Argentinas.

DISEÑO DE UN PROGRAMA PARA EL DESARROLLO POSITIVO EN NIÑOS DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS SEIS AÑOS, COLOMBIA.

Autora:

Dora María Hernández Holguín.

Psicóloga, Especialista en familia, Magíster en salud pública con énfasis en salud mental. Profesora de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Grupo de investigación en salud mental, y PREVIVA, Prevención de conductas de riesgo para la vida.

E-mail: doram.hernandez@udea.edu.co

Equipo de trabajo:

Diseño del componente psicosocial:

Dora María Hernández Holguín.

Esteban Páez Zapata. Psicólogo, Magíster en salud mental.

Luis Fernando Duque Ramírez. Médico, Magíster en salud pública.

Isabel Cristina Sánchez Gómez. Estudiante de Psicología.

Juliana María Zapata Romero. Estudiante de Psicología.

Nilton Edu Montoya Gómez. Estadístico informático.

Jhovanny Cañas Pino. Gerente de sistemas de información en salud.

Natalia Sierra Serna. Estudiante de Comunicaciones.

Diseño del programa con componentes integrados:

Dora María Hernández Holguín.

Johana María Vélez Lopera. Enfermera epidemióloga.

Linda Moreno Montoya. Psicóloga.

Johan Andrés Torres. Estudiante de Psicología.

Magnolia Restrepo Durán. Psicóloga.

Melina García Palacio. Estudiante de Comunicaciones.

Nilton Edu Montoya Gómez.

Diseño de un programa para el desarrollo positivo en niños desde el nacimiento hasta los seis años, Colombia.

Introducción a la experiencia.

Para la Organización Mundial de la Salud la salud mental corresponde al *“bienestar subjetivo, la autonomía, la competencia, la dependencia inter-generacional y el reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. Es un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades”*.¹ Sin embargo son muchas las circunstancias que ponen en peligro el bienestar asociado a la salud mental, algunas de ellas están relacionadas con las conductas de riesgo, como la violencia, la sexualidad insegura, el consumo problemático de alcohol y drogas y el fracaso escolar; manifestaciones problemáticas que tienen claras causas, consecuencias, y a su vez limitan el desarrollo saludable o positivo de las personas.

Específicamente, con respecto a la violencia, pasados 10 años del informe de la OMS sobre violencia y salud mental,² la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito³ reportó que en 2010 hubo 468.000 muertes por esta causa, con una tasa de 6,9 por cien mil habitantes. La mayor tasa mundial de homicidios (21,2 por 100.000) también correspondió, como en el informe de la OMS en el año 2000, a hombres jóvenes, de 15 a 29 años de edad, y las tasas más altas se siguen presentando en África y América Latina.

En su informe la ONUDD resalta, las acciones y logros de Colombia durante la última década en el control del tráfico de drogas como una de las causas de la violencia, pero hace un llamado a realizar acciones de prevención como un principio para enfrentar la violencia, al intervenir sus causas más profundas por medio del mejoramiento de la crianza, las habilidades para la vida y la revisión de las normas culturales,³ además, en el mundo también se está sugiriendo mejorar las intervenciones de prevención dirigidas a los niños, así como el componente psicosocial de estas, por sus implicaciones para el desarrollo.^{4,5}

La magnitud de muertes por agresiones, como problema que se sigue presentando en Colombia y en Latinoamérica, contrasta con otros hallazgos de investigaciones, que muestran la connotación prevenible que puede tener la violencia en etapas tempranas de la vida.^{6,7} Lo que se espera es que se reduzca cada vez más la proporción de niños con comportamientos agresivos, para ello se requieren intervenciones de prevención primaria, es decir, que prevengan que los niños que no presentan este tipo de comportamiento, los adquieran durante su desarrollo y que los niños que lo presentan sean detectados oportunamente y reciban un tratamiento temprano (prevención secundaria). Para el primer caso, se realizan acciones universales, dirigidas a la población general, por ejemplo en programas de salud y bienestar durante los primeros años de vida.

En el contexto específico de Antioquia, se han reportado las lesiones causadas por acci-

dente o violencia, los problemas mentales, emocionales o de los nervios y el envenenamiento, como los problemas de salud más frecuentes, con respecto a la salud de los niños, después de los problemas dentales,⁸ y por su parte el Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar de Colombia⁹ reportó que el 24% de los estudiantes de sexto a undécimo grado dijo haber consumido tabaco/cigarrillo en la vida, 2 de cada 3 haber consumido alcohol, y el 12% haber consumido por lo menos una sustancia ilícita en la vida, cada vez con menores edades de inicio. Allí, Antioquia está como el segundo Departamento de mayor consumo.

Sin considerar las complicaciones económicas y de conflicto social a las que contribuyen, es claro que las conductas de riesgo son problemas de gran magnitud y complejidad para la sociedad, y por ello, exigen la organización social por parte de los organismos del Estado, la sociedad civil y la academia, hacia el *diseño, implementación y evaluación* de intervenciones (figura 1) para prevenir las, promover el desarrollo saludable de los niños, los adolescentes y las familias, y mejorar estas intervenciones cada día a la luz de nueva evidencia, de las características del contexto y de sus evaluaciones de proceso e impacto.

La experiencia que se presenta corresponde a la primera etapa en el desarrollo de un programa, es decir, de diseño del mismo, en la cual se busca que las actividades definidas estén sustentadas, teórica, científica y culturalmente; en cuyo caso, le siguen las etapas de implementación y evaluación.

FIGURA 1. ETAPAS EN EL DESARROLLO DE PROGRAMAS EN SALUD MENTAL



Para lograr lo anterior, es conveniente que el uso de la evidencia en el diseño, la planificación e implementación de programas para el desarrollo de los niños y la prevención de conductas de riesgo, sea un ejercicio consciente, voluntario, exigente y satisfactorio, este último, por la convicción de estar desarrollando los temas y las metodologías más pertinentes para el objetivo del programa. Y este es el reto que se propusieron las instituciones participantes en esta experiencia de

diseño de un programa para el desarrollo positivo en niños desde el nacimiento hasta los seis años, en coherencia con la nueva evidencia y con las características y la realidad de las familias, de la comunidad y de las instituciones participantes, las cuales, desde su conocimiento académico – gubernamental y comunitario, aportaron hacia un programa integral dirigido a los niños de cero a seis años en Antioquia, Colombia.

Para ubicar sobre el contexto, Antioquia es un departamento* de Colombia (ver anexo 1), localizado al noroeste del país, caracterizado por zonas costeras y montañosas, está formado por nueve subregiones, y 125 municipios, su capital es Medellín. El territorio antioqueño tiene 6.221.742 habitantes, entre ellos 522.737 niños de cero a seis años de edad.¹⁰

Uno de los principales problemas que presenta Antioquia es la inequidad, en 2011 se reportaron 55,7 puntos en la calidad de vida de su población, en la que el valor más alto en el índice lo presenta Medellín y los municipios cercanos con 72,5 puntos, y por subregiones las que presentan menor calidad de vida son Urabá con 41,8 y Bajo Cauca con 47,1.¹¹ La calidad de vida urbana mostró valores mayores a los de la calidad de vida rural en todas las subregiones. En cuanto a la tasa de mortalidad infantil por subregiones, se evidencia que solamente la subregión en la que se encuentra la capital (11,5) se mostró por debajo de la línea de base, sin embargo, la situación particular de cada subregión muestra que deben focalizarse acciones preventivas, dado que los eventos que la causan se mantienen: neumonía, ahogamientos y sumersiones accidentales, y accidentes de transporte.¹²

El objetivo planteado con relación al diseño del programa es coherente con la Política pública “Colombia por la primera infancia”,¹³ promulgada en 2007 para garantizar el ejercicio de los derechos de los niños menores de seis años. La política concibe el niño como: *un ser social activo y sujeto pleno de derechos. Un ser único, con una especificidad personal activa, biológica, psíquica, social y cultural en expansión;* y también corresponde con la Estrategia de cero a siempre, creada en el año 2011, con el propósito de promover y garantizar el desarrollo de los niños en su Primera Infancia, por medio de un trabajo unificado e intersectorial, el cual, desde una perspectiva de derechos, articula todos los planes, programas y acciones que desarrolla el país,¹⁴ en 2013 la estrategia consolidó los lineamientos nacionales para la Atención Integral.¹⁵

Para dar cumplimiento a las directrices nacionales, se creó el programa Buen comienzo Antioquia, desde la Gerencia de infancia y adolescencia de este ente territorial, con el propósito de que los niños cuenten con un cuidado suficiente de sus potencialidades y con el goce efectivo de sus derechos en la gestación y primeros seis años de vida, en lo que ha logrado hasta ahora la formulación colaborativa de un marco de acción en desarrollo infantil temprano, alianzas intersectoriales e interinstitucionales, presencia en todos sus municipios con actividades para el desarrollo infantil temprano, brindar asistencia técnica a 90 municipios, y mejoramiento de ambientes para el aprendizaje en 15 municipios, entre otras, y a su vez, contempla como retos, la formulación de una política pública territorial para el desarrollo de

| * Entidad territorial conformada por municipios.

la primera infancia. Para lograr sus propósitos, la Gerencia de infancia y adolescencia plantea siete ámbitos a tener en cuenta en la gestión y articulación intersectorial hacia el Desarrollo Infantil Temprano (figura 2), en la mayoría de los cuales, coincide y trabaja en conjunto con la Universidad de Antioquia, y con otras instancias de Antioquia y del país.

FIGURA 2. ÁMBITOS PARA LA GESTIÓN Y ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL HACIA EL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO – DIT (PROGRAMA BUEN COMIENZO ANTIOQUIA, 2014)



Además del mejoramiento del trabajo intersectorial, se consideraron programas específicos ya existentes, dirigidos a los niños en su primera infancia, y susceptibles de mejorar, estos fueron:

El *programa de crecimiento y desarrollo*, prestado en los servicios de salud del país desde la década de 1970. Las evaluaciones realizadas han indicado la necesidad de un mayor conocimiento de las necesidades y percepciones de los cuidadores primarios destinatarios de este programa^{16,17} lo que po-

dría implicar mayor eficacia y satisfacción por parte de los beneficiarios, en este sentido, los programas de niñez temprana se han basado principalmente en lo que se cree científicamente apropiado, sin tomar en cuenta los contextos tradicionales de crianza dentro de los cuales los programas se están desarrollando. Lo que sugiere la necesidad de un entrecruzamiento entre lo que los proveedores de los programas desarrollan, la evidencia científica y las prácticas y creencias tradicionales.

La *estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI*, desde 1992 se ha presentado como una estrategia de los servicios de salud, que permite por medio de capacitación al personal de salud y a la familia, prevenir enfermedades de alta prevalencia en la primera infancia como las infecciones respiratorias o la desnutrición y las enfermedades inmunoprevenibles.¹⁸

De otro lado, PREVIVA es un grupo de docentes de la Universidad de Antioquia que realiza investigación, docencia y extensión para la prevención de la violencia interpersonal, violencia intrafamiliar, maltrato infantil, abuso de alcohol y de drogas, consumo de tabaco, falla escolar y sexualidad insegura, en ello, con base en la evidencia científica y en la voluntad de cambio diseña intervenciones que luego se implementan con las comunidades y se evalúan (su proceso e impacto) y esta información realimenta el mejoramiento de las intervenciones. En este proceso, PREVIVA con el apoyo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ver anexo 2), durante los años 2010 y 2011 diseñó un programa psicosocial para la prevención

.....
de la violencia en niños de cero a tres años, el cual ha venido mejorando con el apoyo de otros grupos de investigación de la Universidad de Antioquia, como son pediatría, neurología pediátrica y psicología.

Cada uno de los programas mencionados sirvió de insumo para plantear un programa integrado para el desarrollo infantil temprano, a ofrecerse en las comunidades, inicialmente, en el segundo semestre de 2014 en 10 municipios, para luego diseminarlo a los 115 municipios restantes. Así, con los aportes de cada parte, y hacia el mejoramiento de los programas ya existentes, el Departamento de Antioquia, desde la Secretaría de salud y la Gerencia de infancia y adolescencia, se unió con la Universidad de Antioquia, en un esfuerzo conjunto por lograr un desarrollo saludable de los niños desde su primera infancia. De tal manera que se inició en el año 2013, el diseño de un programa que integrara, complementara y mejorara, de una manera más eficiente, los servicios ya existentes en prevención y promoción, para el desarrollo positivo en niños desde el nacimiento hasta los seis años, para lo cual se cuenta además con el aval de los mecanismos de participación con los que cuenta el Departamento de Antioquia en el tema, y con apoyo de otras entidades nacionales para la protección de la familia y de los niños, y de entidades internacionales que también propenden por la prevención de la violencia y el desarrollo infantil temprano (ver anexo 2).

Así, en esta experiencia de mejorar los servicios de salud mental dirigidos a niños y adolescentes, se parte de reconocer lo que múltiples artículos científicos relacionados con la salud mental, el desarrollo infantil y la prevención de conductas de riesgo, desde enfoques clínicos, educativos y de salud pública y en diversos temas como la violencia interpersonal, las conductas sexuales inseguras, el bajo rendimiento escolar y el consumo problemático de drogas y alcohol, se hacen llamados constantes para diseñar e implementar programas y servicios con base en la evidencia científica¹⁹⁻²³ y en un proceso de participación, que brinde la evidencia necesaria que permita lograr la adaptación cultural de los programas.²⁴

Los avances científicos que aportan a la prevención de la violencia desde la infancia han ido mostrando cambios en los enfoques del estudio, coherentes con los cambios dados en las investigaciones en salud pública en general, y en la salud mental, en particular; cambios que van desde lo unicausal hacia lo multicausal, desde un enfoque simple hacia un enfoque más complejo, y desde un enfoque de prevención hacia uno que comprende el desarrollo saludable de los niños y adolescentes y sus familias.

En el caso de las conductas de riesgo como la violencia, hay evidencia que claramente recomienda la promoción de una convivencia centrada en la promoción de factores protectores, es decir, de aquellos que disminuyen la probabilidad de que se presente la agresión o la violencia, algunas de estas propuestas se han ido consolidando en el tiempo. En este sentido,

.....
tras revisar una serie de programas dirigidos a los niños, se ha concluido que aquellos que promueven el desarrollo infantil temprano de niños de bajos ingresos, entre el nacimiento y los 5 años, son considerados un fuerte determinante de la salud en la edad adulta, en un período crítico para el desarrollo del cerebro.²⁵ Se han hallado cambios en dominios como: desarrollo infantil, desarrollo familiar, desarrollo del personal que trabaja con las familias y desarrollo comunitario, al mejorar la calidad de los servicios dirigidos al cuidado de los niños, la colaboración comunitaria y la integración de servicios para la familia y los niños en sus primeros años.²⁶

Entre los efectos positivos de largo plazo se han encontrado: reducción de embarazos precoces, conclusión de la escuela secundaria, empleo, propiedad de la residencia, tasas reducidas de prisión y arrestos; además las intervenciones son más eficaces cuando parten de un conjunto de determinantes sociales, por ejemplo un sistema coordinado de apoyo a las familias que incluya cuidado del niño, asistencia en vivienda y transporte, apoyo nutricional, oportunidades de trabajo y cuidado de la salud.²⁷

Teniendo en cuenta el proceso llevado a cabo y el producto alcanzado se espera un resultado favorable para las comunidades y la gestión pública, como producto de un trabajo conjunto y articulado entre la Universidad – el gobierno y la comunidad.

Justificación.

Un programa para el desarrollo positivo de los niños desde el nacimiento hasta los seis años, diseñado de manera concertada, a partir de evidencia científica y de la participación de diversos actores que propendan por un mismo interés: el desarrollo positivo de los niños, conlleva beneficios, tanto en el proceso como al obtener el producto final esperado.

Durante el diseño del programa se logró reafirmar y puntualizar el propósito de las relaciones interinstitucionales entre la Universidad – el gobierno departamental – los gobiernos locales – y las comunidades, en el tema de servicios dirigidos a la primera infancia.

El proceso de construcción del programa aunó recursos no solamente financieros, sino técnicos, de infraestructura, logísticos y humanos, en vía a un mismo propósito.

Por su parte, contar con un programa como producto del proceso llevado a cabo, indica: la efectividad del trabajo hecho en equipo, contar con un programa que puede ser aplicado y estandarizado en los servicios de salud de los municipios y que integra diversos programas de salud y nutrición, complementados con un componente psicosocial.

Se espera que el programa diseñado que será implementado en el segundo semestre de 2014 y durante 2015, logre un impacto positivo en el desarrollo de los 2000 niños que se esperan beneficiar con el mismo en su etapa de implementación y evaluación.

Dimensión ideológica o marco conceptual en el que se sostiene la experiencia.

El programa para el desarrollo positivo en niños desde el nacimiento hasta los seis años, diseñado y en proceso de implementación y evaluación en Antioquia, Colombia, se fundamenta en tres modelos: el modelo ecológico, la perspectiva contextual evolutiva y el modelo transteórico motivacional.

Modelo ecológico, un modelo base para la prevención de la violencia.

En salud pública se ha divulgado con suficiencia el modelo ecológico de Bronfenbrenner como una alternativa para las intervenciones de grupos poblacionales, de manera que se atiendan las necesidades de las comunidades.^{28,29} Según este modelo las intervenciones deben tener pertinencia en diferentes niveles para que estas puedan tener efectos positivos en la disminución de comportamientos de riesgo, como la violencia. Se distinguen así cuatro niveles en los que se debe intervenir: un primer nivel se refiere a las características de la persona, que la hacen más o menos susceptible de incurrir en conductas de riesgo, como las características de personalidad, o los estilos de afrontamiento, entre otras; un segundo nivel, tiene que ver con el ámbito relacional, en especial la familia; el tercer nivel es el de las características de la comunidad, en este sentido el programa busca el establecimiento de valores comunitarios; y el cuarto y último nivel hace referencia al macro ambiente (determinantes de la salud) en este programa hacia el mejoramiento de los servicios.

La perspectiva contextual evolutiva, para una mayor comprensión de la realidad del niño y su familia.

El aporte que hace el enfoque o la perspectiva contextual evolutiva al programa tiene que ver con la concepción sistémica del ciclo vital humano³⁰, lo que la ha ubicado cerca al Modelo ecológico. Esta presenta un modelo integrado, que incluye no solamente las características propias del organismo y las funciones cerebrales conforme a la edad que va teniendo, en este caso, el niño, sino, que incluye diversos componentes que interactúan durante el desarrollo. El efecto de estos “*múltiples factores contextuales*” queda recogido en el triple sistema de influencias. Éste, proporciona las bases de la conducta y el cambio evolutivo, encauzando el flujo de las relaciones individuo-contexto³¹ hacia la identificación de *influencias normativas relacionadas con la edad*, *influencias normativas relacionadas con la historia* (eje temporal histórico) e *influencias no normativas* (eje espacial contextual).

Desde esta perspectiva, entender el ciclo vital, *implica entender el desarrollo como un proceso que dura toda la vida, que abarca tanto aspectos continuos como discontinuos, en el que las personas se adaptan mediante mecanismos de optimización selectiva, en una diná-*

.....
*mica de ganancias y pérdidas, con cambios asociados a la edad y a la plasticidad individual y bajo la influencia de múltiples factores contextuales.*³² En el caso de la primera infancia deben tenerse en cuenta los permanentes cambios que se dan en el desarrollo evolutivo del niño, la disponibilidad de los padres o cuidadores y las demandas o condiciones del ambiente, como la situación de desempleo, de ingresos familiares y red de apoyo familiar, que hacen que la experiencia de crianza varíe en cada caso y que se deban tener en cuenta en el acompañamiento a cada familia.

Modelo transteórico motivacional (MTM), su aporte a la metodología de trabajo con las familias.

El MTM ha sido ampliamente referido en la literatura como estrategia para lograr el cambio comportamental^{33,34} En este se busca evaluar el nivel de conocimiento y las expectativas que puede tener la persona con respecto a los comportamientos y actitudes para asumir nuevos comportamientos, entendidos como saludables o dejar comportamientos que reportan malestar en la persona. Básicamente se describe cómo la persona transita por una serie de etapas de cambio, en las cuales se va adquiriendo una capacidad cada vez mayor de conciencia y autoeficacia, la que determina el cambio comportamental. Estas etapas son:

- Pre-contemplación: la persona no tiene información acerca de lo problemático de sus comportamientos y por ende no tiene la intención de cambiar éstos.
- Contemplación: en esta etapa aunque se tiene el conocimiento y está la intención del cambio, las personas aún no se han decidido, si bien conocen las ventajas de dejar el comportamiento también conocen las desventajas que trae cambiar de comportamiento y esto genera ambivalencia en las personas.
- Preparación y acción: se ha tomado la determinación de cambiar los comportamientos y se ha ganado confianza y conocimientos sobre cómo llevar a cabo el cambio.
- Mantenimiento y culminación: la persona mantiene su comportamiento de manera sostenida y empieza nuevamente el proceso con otros comportamientos que puedan estar relacionados con el comportamiento modificado.

Objetivo.

Diseñar con base en la evidencia científica y del contexto socio-cultural en el que va a ser implementado, un programa que integre diversos componentes para el desarrollo positivo de los niños desde el nacimiento hasta los seis años en Antioquia, Colombia.

Diseño metodológico de la experiencia y ejecución.

El diseño del programa se hizo en dos fases, en la primera se diseñó el componente psi-

.....
cosocial (años 2010 y 2011) y en la segunda se hizo un trabajo coordinado interinstitucional para el diseño del programa bajo componentes integrados (año 2013 y 2014).

En la fase de diseño del componente psicosocial, se siguieron los siguientes pasos:

- Búsqueda bibliográfica sobre los factores protectores y de riesgo asociados a la violencia interpersonal, sobre cuáles de ellos son prevenibles y sobre los programas que se ha demostrado, por medio de evaluaciones científicamente rigurosas, que son exitosos en la prevención primaria de la violencia.
- Diseño de metodología para la validación del modelo. En ella se incluyeron las estrategias, técnicas y actividades para la validación del modelo durante su diseño: fundamentación científica, consulta con expertos, aplicación de metodologías cualitativas para su contextualización.
- Entrevistas a madres de niños de primera infancia: planeación, realización y análisis de 12 entrevistas semi-estructuradas sobre significados del niño para la madre y crianza, a madres de niños de tres a seis años de diversos estratos socioeconómicos y edades. Por medio de ellas se logró identificar, principalmente que “La maternidad es un evento que cambia por completo la vida de la mujer. Este cambio puede ser percibido en términos positivos o negativos”.³⁵ Esa percepción de la maternidad no es posible desligarla del significado o la percepción que se tiene del hijo, pero además, influyen allí otros factores como el apoyo social y la presencia o ausencia del padre. Además de la forma como la madre percibe a su hijo y las implicaciones para su vida, en la relación madre-hijo, intervienen otros actores y aspectos importantes como: disposición de la madre, pautas de crianza, características del hijo, participación del padre, recursos materiales, apoyo de familiares e instituciones.³⁶
- Consulta con expertos internacionales: asesoría de los Centers for Disease Control and Prevention –CDC– (Dra. Joanne Klevens) durante todo el proceso de diseño.
- Escritura del manual de fundamentación y perfil de los temas y actividades del modelo.
- Diseño de las actividades centrales de las familias.
- Consulta con expertos del nivel departamental principalmente representados en algunos funcionarios del ICBF Regional Antioquia.
- Escritura de Manual Metodológico del modelo.
- Escritura del Manual para el coordinador: sobre la síntesis de la intervención, desde su definición, pasando por su estructura y descripción, hasta la instrumentalización de su seguimiento y evaluación.
- Diseño, diagramación y publicación de los manuales.³⁷

En la fase de integración de los componentes, se siguieron los siguientes pasos:

- Reuniones de concertación con la Gobernación de Antioquia, la Gerencia de Infancia y

.....
Adolescencia y la Secretaría de Salud y la Universidad de Antioquia, con los grupos participantes, para acordar la intención de trabajo conjunto.

- Reuniones semanales: para compartir los aportes, avances y retos de cada participante y definir una ruta de articulación, además para compartir principios de cada intervención, estrategia o programa.
- Búsqueda bibliográfica sobre el impacto de programas con múltiples componentes y multipropósito en el mundo, dirigidos a los niños en su primera infancia y su familia, cuyo impacto en el desarrollo de los niños y en la prevención de conductas de riesgo, hubiera sido evaluado.
- Validación del programa integrado. Se discutió y concertó con instancias de participación de la Gobernación y de 10 municipios de Antioquia.
- Escritura de Manual Metodológico del programa.
- Escritura del Manual para el coordinador: sobre los fundamentos del programa, su estrategia de intervención, su estructura y descripción, hasta el proceso de seguimiento y evaluación.
- Diseño, diagramación y publicación de los manuales.

Resultados obtenidos.

El resultado final del proceso de *Diseño de un programa para el desarrollo positivo en niños desde el nacimiento hasta los seis años, Colombia*, fue la articulación lograda entre las instancias y grupos participantes en el proceso, y el diseño en sí mismo, listo para continuar la fase siguiente de implementación en las comunidades de 10 municipios de Antioquia, y de su evaluación, de proceso e impacto.

El programa diseñado es un modelo de intervención que integra diversos componentes tendientes al desarrollo de los niños, su salud física, el desarrollo de sus habilidades comunicativas, intelectuales y sociales y su desarrollo moral, hacia la prevención de conductas de riesgo, por medio de un trabajo intersectorial e interinstitucional de los ámbitos de la salud, la educación y el bienestar, dirigidos a las familias de niños desde antes de nacer hasta los seis años.

Beneficiarios: el programa está dirigido a familias con hijos desde el tercer trimestre de la gestación hasta los seis años de edad. Las actividades se llevan a cabo directamente con los padres, quienes deben ponerse de acuerdo en el acompañamiento a las sesiones, así como en la realización, de manera conjunta, de las actividades sugeridas con los niños en su ámbito familiar y comunitario. Lo mejor es que el padre y la madre del niño sean quienes participen durante la implementación del programa, sin embargo, en los casos que los niños tengan como cuidadores principales otras personas, son ellos quienes deben participar.

.....
Componentes que integran el programa: el control del crecimiento y desarrollo del niño, la capacitación a padres sobre la promoción de la salud en la familia, el desarrollo del niño en cada momento evolutivo, y el desarrollo de habilidades parentales para la crianza, se brinda el asesoramiento y el apoyo nutricional y para la prevención de enfermedades prevalentes de la infancia y de problemas familiares como violencia intrafamiliar o adicciones.

Perfil del equipo que lo implementa: el personal básico está formado por:

- Quienes trabajan directamente con las familias: auxiliares de enfermería, promotoras de salud pública o técnicos en educación, debidamente capacitados y con experiencia en el cuidado de niños; deben tener alto compromiso social y ético con la protección de los niños y de sus familias, y habilidades sociales, que les permitan una relación directa y pedagógica con los beneficiarios.
- Un equipo interdisciplinario asesor, conformado por Enfermera, Psicólogo infantil, Médico pediatra, Educador físico, Nutricionista, que realicen actualización periódica sobre temas específicos al equipo técnico y lo asesoren durante el proceso.

Materiales de apoyo: el programa se consignó en tres manuales:

Manual N° 1, Orientaciones generales y sistema de seguimiento y evaluación.

Manual N° 2, Fundamentación y contextualización.

Manual N° 3, Metodología para el acompañamiento de las familias, y el control de crecimiento y desarrollo de los niños.

Siete videos de apoyo a las actividades en los temas de llanto, ambiente y soporte familiar; rutina de la comida y el sueño; ambientes seguros pero interesantes; rol del padre y de la madre; desarrollo de habilidades de comunicación; auto-cuidado y aseo; y disciplina, ajustado a las características socioculturales de la población a beneficiar.

Software para el monitoreo y evaluación, que incluye los instrumentos de evaluación y es el apoyo para el procesamiento de los datos y la obtención oportuna de resultados.

Evaluación de éxitos y fracasos (logros y problemas que se presentaron).

El inicio del proceso requirió mucho tiempo y dedicación para poder lograr un trabajo en equipo, debido a las diferencias de dinámicas y compromisos de los líderes de cada institución participante en el proceso, sin embargo hubo y se sigue teniendo una gran voluntad e inversión técnica y financiera de parte de las entidades participantes para llegar hasta la implementación de la intervención, habiendo superado el diseño de un programa que integra diversos componentes dirigidos a los niños y sus familias; de tal manera, que tanto el convencimiento y claridad sobre lo esperado, como la disciplina y persistencia, permitieron superar los obstáculos presentados.

Enseñanzas extraídas.

Implementar el programa para el desarrollo positivo en niños desde el nacimiento hasta los seis años, en Colombia, como componente psicosocial, articulado a otros servicios de educación, salud y bienestar, constituye una oportunidad de lograr una atención integral bio-psico-social en la primera infancia, lo que requirió que previamente una institución del Estado asumiera el liderazgo para esta articulación de servicios, que en este caso fue la Gobernación de Antioquia, y para que las instituciones responsables de cada sector, aportaran y cedieran en sus intereses, para la organización de los servicios y la confluencia de cada uno de ellos en los niños y sus familia; lo que traerá, según la evidencia revisada mayor desarrollo, tanto individual como social.

Conclusiones arribadas.

El proceso de diseño de un programa integral con apoyo interinstitucional e intersectorial es posible y se convierte en una oportunidad para seguir mejorando en el trabajo articulado en los propósitos de avanzar en salud pública.

La gestión del conocimiento es la vía que permite el diseño del programa, al ser un proceso complejo que amerita conocer el estado del arte sobre el tema del programa, en este caso sobre la promoción del desarrollo positivo en niños, las características socioculturales del contexto en el que se desarrollará el programa, y la mejor manera de proyectar el seguimiento y evaluación del mismo.

Se espera por medio de esta experiencia aportar en el diseño, la implementación y la evaluación de programas de salud mental en países latinoamericanos.

Bibliografía:

1. Organización Mundial de la Salud. Departamento de salud mental y abuso de sustancias. Invertir en Salud Mental. 2004. 52 páginas.
2. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington D.C; 2002.
3. United Nations Office on Drugs and Crime. Global study on homicide, trends, contexts, data. Vienna. 2011.
4. Jordans MJD, Tol WA, Komproe IH, de Jong J. Systematic review of evidence and treatment approaches: Psychosocial and mental health care for children in war. *Child and Adolescent Mental Health*. 2009; 14:2 - 14.
5. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet* 2011 Oct 22; 378(9801):1515-25 doi: 101016/S0140-6736(11)60827-1 Epub 2011 Oct 16.
6. Côté S, Vaillancourt T, LeBlanc JC, Nagin DS, Tremblay RE. The development of physical aggression from toddlerhood to pre-adolescence: A nationwide longitudinal study of Canadian children. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2006; 34(1):15.
7. Tremblay RE, Gervais J, Petitclerc A. Early childhood learning prevents youth violence. (Prevenir la violencia a través del aprendizaje en la primera infancia) Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development (Centro de Excelencia para el Desarrollo de la Primera Infancia) CEECD; 2008.
8. República de Colombia, Ministerio de salud y protección social. Análisis de situación de salud. 2010.
9. República de Colombia. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar de Colombia. 2011.
10. Departamento Nacional de Planeación. Consulta realizada el 2 de marzo de 2014, en: <http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/7Proyecciones_poblacion.pdf>
11. Departamento de Antioquia. Plan de Desarrollo Antioquia, La Más Educada. Consultada el 2 de marzo de 2014, en: <http://antioquia.gov.co/Plan_de_desarrollo_2012_2015/PDD_FINAL/PDD_FINAL/3_Fundamentos.pdf>
12. Departamento de Antioquia. Diagnóstico de la situación de salud del Departamento de Antioquia 2010. Estructura de la mortalidad. Consultada el 28 de febrero de 2014, en: <http://www.dssa.gov.co/_media_/dssa/dssa.gov.co/documentos/4.CAPITULO-ESTRUCTURA-DE-LA-MORTALIDAD-17-02-2012.pdf>

13. República de Colombia. Política pública nacional de primera infancia “Colombia por la primera infancia”. Bogotá; 2007.
14. República de Colombia, Departamento Administrativo de la Presidencia de la República. Decreto número 4875 de 2011.
15. Presidencia de la República. Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia. Fundamentos Políticos, Técnicos y de Gestión. Bogotá D.C.; 2013.
16. Peñaranda F. El programa de crecimiento y desarrollo: una alternativa basada en el desarrollo humano, los derechos y la educación. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2004; 1(22):8.
17. Peñaranda F, Blandón L. La educación en el programa de crecimiento y desarrollo: entre la satisfacción y la frustración. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2006; 02(24):9.
18. Organización Mundial de la Salud. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, consultado el 27 de febrero de 2014, en: <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/es>
19. Gavin LE, Catalano RF, David-Ferdon C, Golpeen KM, Markahm CM. A review of positive youth development programs that promote adolescent sexual and reproductive health. *J Adolesc Health*. 2010; 46 (2 suppl): s75-91.
20. Blatt, S.J. & Zuroff (2005). Empirical evaluation of the assumptions in identifying evidence based treatments in mental health. *Clinical Psychology Review*, 25, 459-486.
21. Kieling, C., H. Baker-Henningham, et al. (2011). “Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action.” *Lancet* 378(9801): 1515-25.
22. Hunter, L. (2003). School psychology: A public health framework III. Managing disruptive behavior in schools: The value of a public health and evidence based perspective. *Journal of School Psychology*, 41, 39–59.
23. Liu J. Early health risk factors for violence: Conceptualization, review of the evidence, and implications. *Aggression and Violent Behavior* 2011, 16:63-73.
24. Shannon Self-Brown et al. Examining the need for cultural adaptations to an evidence-based parent training program targeting the prevention of child maltreatment. *Children and Youth Services Review*, 2011, vol. 33, issue 7, pages 1166-1172.
25. Task Force on Community Preventive Services 2003 “Recommendations to Promote Healthy Social Environment”. *American Journal of Preventive Medicine* 24 (3S), pp. 21-24.
26. U.S. Department of Health and Human Services, Early Head Start Evaluation. 2002.

-
27. Cardia Nancy. Estado del arte de programas de prevención basados en la perspectiva del desarrollo. Washington, D.C.: OPS, 2006.
 28. Perkins D, Ferrari T, Covey M, Keith J. Getting dinosaurs to dance: Community Collaborations as applications of ecological Theory. Home Economics Forum. 1994:9.
 29. Bronfenbrenner U. La ecología del desarrollo humano. España; 2002.
 30. Lerner RM. Changing organism-context relations as the basic process of development: a developmental contextual perspective. *Developmental Psychology*. 1991; 27:6.
 31. Lerner RM. Relative plasticity, integration, temporality, and diversity in human development: a developmental contextual perspective about theory, process, and method. *Developmental Psychology*. 1996; 4(6):32.
 32. Baltes PB, Staudinger UM, Lindenberger U. Life-span developmental psychology. *Annual Review of Psychology*. 1999; 50:37.
 33. Prochaska J, Velicer W. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot*. 1997 Sep-Oct; 1(12):11.
 34. Prochaska J, DiClemente C. *The Transtheoretical approach*. New York; 1984.
 35. Peñaranda, F. & Blandón, L. (2006). La educación en el programa de crecimiento y desarrollo: entre la satisfacción y la frustración. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 24 (02), 28-36.
 36. Sánchez I, Zapata J. Percepción de madres de niños de tres a seis años con respecto a sus hijos y sus pautas de crianza. Universidad de Antioquia. Medellín. 2011.
 37. Hernández D M, Duque L F, Páez E. Prevención de la Agresión en niños desde el nacimiento hasta los tres años. Manual 1 Orientaciones generales y Sistema de Seguimiento. Manual 2 Fundamentación y contextualización. Manual 3 Metodología para el Acompañamiento a las familias Medellín *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*; 2011.

Anexos:

Anexo 1: entidades participantes.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, apoyo financiero mediante el convenio 028 del 26 de julio de 2010, con la Universidad de Antioquia, para el diseño del componente psicosocial.

Universidad de Antioquia, Comité para el Desarrollo de la Investigación CODI, “Estrategia para la Sostenibilidad 2013-2014”.

Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, División

de prevención de la violencia, ha brindado asesoría técnica por medio de la Dra. Joanne Klevens, médica epidemióloga, experta en prevención de violencia interpersonal.

UBS Optimus Foundation, apoyo financiero para la segunda fase de diseño, además de la implementación, y evaluación de proceso e impacto.

Gobernación de Antioquia, Secretaría de salud, y Gerencia de infancia y adolescencia, participan en el diseño, implementación y evaluación del programa.

Anexo 2: mapas de Antioquia, Colombia.

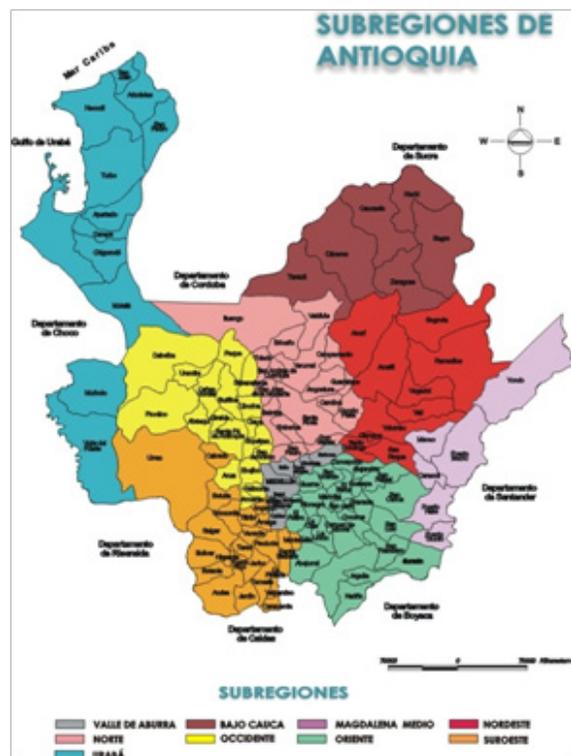
MAPA DE ANTIOQUIA



FUENTE:

<https://www.google.com/maps/@5.1223867,-72.8559582,4z>

MAPA DE ANTIOQUIA, COLOMBIA POR SUBREGIONES



FUENTE:

https://www.antioquia.gov.co/antioquia-v1/organismos/planeacion/DESCARGAS/2011/SISTEMASDEINDICADORES/ANUARIO2004/SITIO_GOBERNACION/ANUARIO2004/MAPAS/MAPA-SUBREGIONES.JPG

RESILIENCIA Y FACTORES ASOCIADOS EN MUJERES EMBARAZADAS CON FETOS CON MALFORMACIÓN CONGÉNITA EN RÍO DE JANEIRO, BRASIL.

Autores:

Keli Rodrigues Sarução.

Doctoranda en Salud Pública.

Instituto de Estudios en Salud Colectiva - Universidad Federal de Río de Janeiro

Jacqueline Fernandes Cintra dos Santos.

Profesora adjunta del Instituto de Estudios en Salud Colectiva - Universidad Federal de Río de Janeiro

Eliecer Valencia.

Investigador de Columbia University.

Giovanni Marcos Lovisi.

Profesor asociado del Instituto de Estudios en Salud Colectiva - Universidad Federal de Río de Janeiro.

Introducción.

Una malformación congénita es un cambio estructural o morfológico, presente al nacer, que puede presentarse de forma individual o simultáneamente con otras anomalías.¹ Las malformaciones congénitas se clasifican a nivel internacional sobre la base de criterios anatómicos, fisiológicos y genéticos. Las anomalías también se pueden clasificar como mayores o menores, de acuerdo con el grado de impacto médico, quirúrgico y estético en la morbilidad y mortalidad² del recién nacido. La prevalencia global de los defectos de nacimiento se estima en aproximadamente el 4%.^{3,4} Vale la pena señalar que, en algunas ciudades de América Latina, las enfermedades genéticas y defectos congénitos representan el 10-25% de las internaciones en hospitales de atención terciaria infantiles.⁵

Según el DSM-IV (1994),⁶ el conocimiento acerca de una enfermedad repentina, inesperada en un ser querido, que implique un mayor riesgo de muerte, podría ser considerado un acontecimiento vital traumático. Las investigaciones indican que más de dos tercios de la población en general ha sufrido un evento estresante grave, inevitable durante su vida útil.⁷ A pesar de esta evidencia, muy pocas personas desarrollan síntomas psicopatológicos y la mayoría de las personas tienden a la recuperación completa en un período relativamente corto de tiempo,^{8,9} lo que sugiere que la mayoría de los adultos expuestos a un evento traumático expresan capacidad de resiliencia.¹⁰ La resiliencia psicológica, refleja la capacidad del individuo frente a una situación estresante y grave de superar o de recuperarse y la capacidad de adaptarse al evento estresante.^{11,12}

La resiliencia psicológica es el resultado de la interacción entre los sujetos y su entorno, incluye, pero no se limita a las interacciones sociales con las personas.^{13,14} Dado que la resiliencia es un concepto interactivo que combina las experiencias de los eventos traumáticos con los resultados psicológicos positivos, hay que tener en cuenta factores de riesgo y factores protectores de bienestar psicológicos.¹⁵ Es importante entender que el riesgo y la protección, son procesos dinámicos que no se pueden definir de manera rígida,¹⁶ teniendo en cuenta que los factores de riesgo y factores protectores de bienestar psicológico dependen de muchos factores internos y externos.¹⁷

Como en la actualidad hay una carencia de investigación en relación con la capacidad de resiliencia de las mujeres embarazadas con fetos con malformación congénita, es esencial investigar los patrones de los mecanismos de resiliencia utilizados por las mujeres durante el embarazo y el parto. El sano desarrollo de la descendencia está directamente relacionado con el bienestar físico y emocional de la madre. Por lo tanto, el presente estudio pretende evaluar la capacidad de resiliencia y los factores asociados en mujeres que cursan embarazo embarazadas de fetos con malformación congénita que fueron asistidas en un hospital mater-

no-infantil de referencia en Río de Janeiro, desde Agosto de 2011 hasta Julio de 2012.

Métodos.

Lugar de estudio.

Este estudio se realizó en el Departamento de Genética Médica en el Instituto Fernandes Figueira (IFF), ubicado en el municipio al sur de Río de Janeiro, que pertenece a la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Se considera un hospital público de referencia para la atención de mujeres con embarazos de alto riesgo. Anualmente, el servicio prenatal atiende cerca de 1000 mujeres embarazadas. De ellas, aproximadamente el 30% se transfiere al departamento de genética médica, previa presentación de un riesgo de anomalías congénitas. El diagnóstico de anomalía fetal se decide en la Unidad de Medicina Fetal y se realiza a través de un examen de ultrasonido tridimensional, entre las semanas 20^a y 24^a de gestación.

Población de estudio.

La población estudiada estuvo compuesta por mujeres embarazadas, en su tercer trimestre, de un feto con una malformación congénita(s) entre agosto de 2011 y julio de 2012.

Instrumentos.

- Evaluación de la capacidad de resiliencia: Resiliencia fue considerada por la ausencia o presencia de un síntoma que define el trastorno de estrés postraumático después de al menos un mes de la confirmación del diagnóstico de anomalía fetal.^{10,18} Se utilizó la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI - versión 2.1)¹⁹ para detectar la presencia del trastorno de estrés post-traumático durante un embarazo con un feto malformado (sección K). Este instrumento fue validado para su uso en el Brasil por la Universidad Federal de São Paulo (Unifesp). Si bien el diagnóstico de los trastornos mentales se proporciona de acuerdo con los criterios de CIE-10 o DSM-IV, para los fines del presente estudio, fue seguido el criterio de CIE-10.

- Características sociodemográficas, clínicas y obstétricas: Los datos sociodemográficos recogidos fueron: edad, estado civil, lugar de nacimiento, años de estudio, ocupación, raza auto-reporte, ingresos, número de personas que viven en la misma residencia, y creencias religiosas. Las características clínicas y obstétricas investigadas incluyen: historia psicopatológica e historia médica, tratamiento psicológico / psiquiátrico previo, condiciones primípara, edad gestacional, complicaciones obstétricas en el embarazo actual, historial de anormalidad en la familia, historia de anormalidad en el embarazo anterior, antecedentes de bajo peso al nacer peso, antecedentes de prematuridad, planificación previa a la concepción, disposición

.....
a realizar abortos después de la confirmación del diagnóstico de anomalías fetales, alcohol y consumo de tabaco durante el embarazo.

- **Apoyo Social:** La versión brasileña del instrumento Medical Outcome Studies (MOS) se utilizó para evaluar el apoyo social recibido por estas mujeres embarazadas.^{20,21} El MOS es una escala autoadministrada y multidimensional, dividida en cinco categorías de apoyo social: apoyo emocional, apoyo material, apoyo informativo, apoyo afectivo y apoyo interacción social. Los tres niveles de apoyo social (alto, intermedio y bajo) se clasificaron en dos nuevos niveles. Los dos primeros niveles (de baja y media) se combinaron en un solo grupo como “la falta de apoyo social”, mientras que el segundo nivel se clasificó como la “presencia de apoyo social”.

- **Estrategias de afrontamiento:** La escala utilizada para evaluar los tipos de estrategias que utilizan las mujeres embarazadas de afrontamiento era The Ways of Coping Checklist,²² adaptada y validada para su uso en Brasil.^{23,24} Esta escala consta de 45 ítems, divididos en cuatro factores: afrontamiento centrado en el problema, afrontamiento centrado en la emoción, en busca de apoyo social y la búsqueda de las prácticas religiosas. Las respuestas se dan en una escala Likert de cinco puntos, que va desde 1 - Nunca lo hago, hasta 5 - Siempre lo hago. Se calculó la media de las respuestas, lo que resulta en una puntuación total.

Recolección de datos.

Las mujeres embarazadas fueron abordadas por uno de los cinco entrevistadores entrenados en la sala de espera del departamento prenatal de Genética Médica. Después de que los entrevistadores explicaron el estudio, las mujeres fueron invitadas a participar y luego entrevistadas en una habitación privada. Las entrevistas duraron aproximadamente 40 minutos.

Aspectos éticos.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del Instituto Fernandes Figueira y el Instituto de Estudios en Salud Colectiva. Antes de aceptar participar, se les comunicó que la participación en el estudio no afectaría su atención médica y que podían abandonar el estudio en cualquier momento y / o negarse a responder a cualquier pregunta que les causara malestar emocional.

Resultados.

Un total de 93 mujeres embarazadas fueron invitadas a participar en el estudio, 7 de las cuales no participaron, por lo tanto la tasa de participación fue del 92,5% (n=86). La prevalencia de la resiliencia en la muestra fue de 69,8% (IC 95%: 58,8-79,1).

Características sociodemográficas de la población.

La edad promedio de los encuestados fue de 25,9 años (DE = 7,6 años). La población se compone en su mayoría de mujeres casadas (66,3%), nacidas en Río de Janeiro (77,9%), con más de ocho años de educación (72,6%), que auto reportaron poseer empleo en el sector formal (46,5%), no caucásicos ser no-blancas (68,6%), ganando dos a tres veces el salario mínimo (51,2%), que vive con un máximo de 4 personas (90,7%), y afiliada a una religión (75,6%) (ver tabla 1 en anexo). Ciertas características sociodemográficas mostraron asociación significativa con la capacidad de la resiliencia: ser de 20-35 años de edad, haber nacido en Río de Janeiro y que convivan con un máximo de dos personas.

Características clínicas y obstétricas de la población.

La mayoría de la población estaba compuesta por mujeres que eran primigestas (58,1%), recibieron atención prenatal durante el primer trimestre (80,2%), y no habían planeado el embarazo actual (55,8%). Algunas mujeres tenían antecedentes de malformaciones congénitas en la familia (18,6%) y anomalías fetales en un embarazo anterior (21,5%). Aunque la mayoría de las mujeres reportaron una historia psiquiátrica previa (65,2%), sólo el 11,7% reportó tratamiento psicológico / psiquiátrico antes de las entrevistas. La prevalencia del consumo de alcohol y el tabaquismo durante el embarazo fueron 4,7% y 7%, respectivamente. Tener un historial psiquiátrico y haber recibido tratamiento psicológico/psiquiátrico antes de estas entrevistas resultó ser estadísticamente significativo con la capacidad de resiliencia (ver tabla 2 en anexo).

Evaluación de la Asistencia Social.

La población de estudio se evaluó para los cinco tipos de apoyo social (ver tabla 3 en anexo). La media de puntuación en los cinco tipos de apoyo social fue 87,8 (DE = 4,7). Los tipos de apoyo social con los promedios más altos y los más bajos fueron el apoyo emocional (M = 95,1; SD = 11,2) y material de apoyo (M = 82,5; SD = 18,9), respectivamente. El tipo de apoyo social que fue más frecuente entre la población de estudio fue el apoyo emocional (79,1%), seguido por el apoyo interacciones sociales (46,5%) y material de apoyo (45,3%).

Estrategias de afrontamiento.

Se evaluaron cuatro tipos de estrategias que identifican las posibles acciones que se utilizan para hacer frente a los eventos estresantes de afrontamiento (ver tabla 4 en anexo). La estrategia con la media más alta se busca el apoyo social (M = 5,5; DE = 0,9), mientras que la estrategia con la media más baja fue centrado en la emoción de afrontamiento (M = 2,1;

.....
DE = 0,8). Afrontamiento centradas en las emociones y las prácticas religiosas/ pensamiento positivo, se asociaron significativamente con la resiliencia.

Análisis multivariante.

Se construyó un modelo de regresión logística utilizando el análisis bivariado, para incluir las variables asociadas con la resiliencia (valor de $p < 0,1$). Estas variables fueron: edad, lugar de nacimiento, número de personas con quienes vive, fumar durante el embarazo, antecedentes psiquiátricos, tratamiento psicológico/psiquiátrico previo, estrategias de afrontamiento centrado en la emoción y las prácticas religiosas/ilusión. De ellas, tres se mantuvieron significativamente asociadas con la resiliencia: el lugar de nacimiento, el tratamiento psicológico/psiquiátrico previo, y las estrategias de afrontamiento centrado en la emoción (ver tabla 5 en anexo).

Discusión.

El presente estudio trata de evaluar la resiliencia psicológica y factores asociados en mujeres embarazadas con fetos con malformación congénita que asistieron y/o fueron tratadas en un hospital público que atiende embarazos de alto riesgo en la ciudad de Río de Janeiro. En este estudio, la resiliencia se define por la ausencia o presencia de un síntoma que define el trastorno de estrés postraumático por lo menos un mes después de la confirmación del diagnóstica de anomalía fetal.^{10,18}

La prevalencia de la resiliencia en la muestra fue de 69,8% (IC del 95%: 58,8 a 79,1). Este hallazgo está en concordancia con la mayoría de los estudios anteriores, que han encontrado prevalencia en más de dos tercios de la población, lo que muestra la capacidad de la resiliencia.^{10,25} Estos resultados, al igual que las observaciones del presente estudio, demuestran que resiliencia, contrariamente a la creencia común, es un fenómeno frecuente.²⁶⁻²⁸ Se identificó asociación estadísticamente significativa entre la resiliencia y las siguientes variables: haber nacido en Río de Janeiro, haber recibido tratamiento psicológico/psiquiátrico previo, y el uso de la emoción centrada en las estrategias de afrontamiento.

Una asociación estadísticamente significativa entre la resiliencia y las variables observadas siguiente fueron: haber nacido en Río de Janeiro, haber recibido tratamiento psicológico / psiquiátrico previo, y el uso de la emoción centrada en las estrategias de afrontamiento.

La asociación encontrada entre las mujeres que nacieron en Río de Janeiro (OR = 10,9) podría estar relacionado con el apoyo social. La literatura pone de relieve la importancia del apoyo social durante los acontecimientos vitales estresantes severos, y en particular, recibir el apoyo de la familia.^{29,30} La separación de los lazos familiares puede resultar en un evento

.....

de la vida estresante que podría ser agotador, especialmente para las mujeres que experimentan un embarazo de alto riesgo.^{31,32} La asociación inversa entre las estrategias y la capacidad de la resiliencia (OR = 0,4) de afrontamiento centrado en la emoción es consistente con los hallazgos previos que han demostrado que los individuos resilientes retratan una mayor tendencia a utilizar otro tipo de estrategias de afrontamiento, por ejemplo, las estrategias de afrontamiento centrado en el problema, en lugar de la estrategia de afrontamiento centrada en la emoción.⁷ Por lo tanto, un individuo que utiliza estrategias de afrontamiento centrado en la emoción tiende a ser menos resistentes, por lo tanto más sujeto a desarrollar el trastorno de estrés post-traumático.

El uso previo de tratamiento psicológico/psiquiátrico se ha demostrado que se asocia con la capacidad de resiliencia (OR = 9,3). La demanda de atención profesional puede ser un activo, percibido en la estrategia de afrontamiento. Es importante tener en cuenta que algunos investigadores consideran todo tipo de estrategias de afrontamiento como mecanismo que puede actuar en nombre de la resiliencia. Esto incluye la estrategia de afrontamiento centrado en la emoción, que se caracteriza por evitar las emociones y recuerdos relacionados con el grave factor de estrés.³³

Aunque no se encontró asociación estadísticamente significativa entre la resiliencia y el apoyo social, la mayoría de las personas reportaron la presencia de apoyo afectivo, un factor que es consistente con la mayoría de los estudios sobre este tema. Estudios anteriores consideran apoyo afectivo una fuente importante en la capacidad de resiliencia.^{10,28,34}

La gestación y el nacimiento de un hijo es un momento de muchos ajustes de la vida que requieren adaptaciones importantes para todas las personas involucradas. Las mujeres embarazadas con la falta de apoyo social tienen una mayor probabilidad de síntomas depresivos en desarrollo y / o ansiedad y es menos probable que también se adhiera a las sugerencias de asistencia sanitaria prenatal.^{35,36} En particular, las madres de fetos con anomalías están en necesidad de un gran apoyo emocional, principalmente de sus familias,³⁷ ya que el apoyo emocional de las familias puede facilitar la transición de aprender a cuidar de sus hijos, especialmente cuando sus recién nacidos tienen la vida en peligro por trastornos de salud.³⁸

Otro aspecto relevante en la población estudiada es la adhesión a las creencias religiosas, que también podría explicar la alta prevalencia de la resiliencia resistencia. La mayoría de las mujeres en la población de estudio (75,6%) declararon tener alguna religión afiliación, y las estrategias de afrontamiento basadas en las creencias y prácticas religiosas eran comunes (M = 5,5). Estos hallazgos sobre la adhesión religiosa se pueden correlacionar con la capacidad de la resiliencia de las mujeres en el estudio. El estudio llevado a cabo en Brasil pone de relieve el impacto de las creencias religiosas en la salud mental de un individuo.³⁹ Los

.....
autores afirman que debido al gran apoyo social entre los miembros de una religión, esta red de apoyo puede llegar a ser crucial para las personas que se enfrentan a situaciones de estrés.

Conclusión.

Los resultados confirman que la capacidad de resiliencia es un rasgo común entre las mujeres embarazadas con anomalías fetales. Sólo en un pequeño porcentaje de las mujeres embarazadas que llevan los niños con malformación congénita se identificaron como no-resilientes (30,2%). A pesar de este hecho, es evidente que las mujeres embarazadas requieren un mejor apoyo profesional y personal debido a su situación de vulnerabilidad. En particular, el apoyo social es esencial para ayudar a que las mujeres embarazadas entiendan por completo sus experiencias. También es responsabilidad de los profesionales de la salud que prestan asistencia a las madres y sus familias.

A pesar de la gran importancia de los factores psicológicos en la salud materna e infantil, no se encontraron estudios que exploran la capacidad de resiliencia de las mujeres embarazadas con fetos con malformaciones congénitas. Por lo tanto, es imprescindible para brindar atención psicológica especial a las madres y los niños, sobre todo porque las madres no-resilientes suelen soportar una gran cantidad de sufrimiento mental, que puede resultar en daño a la madre y para su descendencia.

La comprensión de los patrones y de los factores que contribuyen a la resiliencia en esta población allana el camino para posibles inversiones en acciones preventivas en forma de políticas de salud pública. Estas políticas deben estar dirigidas a los planes de promoción de la salud para el tratamiento de los trastornos mentales con eficacia y eficiencia entre las mujeres embarazadas.

Bibliografia:

1. American Psychiatric Association, & American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. Amer Psychiatric Pub Inc.
2. Baptista, M. N., & Oliveira, A. A. (2004). Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: um estudo de correlação. [The Relation between the Symptoms of Depression and Family Support in Adolescents]. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum*, 14(3), 58-67.
3. Belfort, P., Braga, A. & Freire, N. S. (2006). Malformação arteriovenosa uterina após doença trofoblástica gestacional. [Uterine arteriovenous malformation after gestational trophoblastic disease]. *Rev Bras Ginecol Obstetr*, 28(2):112-121.
4. Bleich, A., Gelkopf, M., Melamed, Y., & Solomon, Z. (2006). Mental health and resiliency following 44 months of terrorism: a survey of an Israeli national representative sample. *BMC medicine*, 4(1), p.21.
5. Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American psychologist*, 59(1):20-28.
6. Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciarelli, A. & Vlahov, D. (2006). Psychological Resilience After Disaster New York City in the Aftermath of the September 11th Terrorist Attack. *Psychological Science*, 17(3):181-186.
7. Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciarelli, A., & Vlahov, D. (2007). What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5):671.
8. Castilla, E. E. & Orioli, I. E. D. M. (2004). ECLAMC: the Latin-American collaborative study of congenital malformations. *Public Health Genomics*, 7(2-3):76-94.
9. Coie, J. D., Watt N.F., West S.G., Hawkins J.D., Asarnow J.R, Markman H.J., ... & Long B. (1993). The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist*, 48(10), p.1013.
10. Cunha, A. J. B. (1996). Orientação genética-clínica em medicina fetal. insfer eV, Sanchez R.C. & Saito M. *Medicina fetal diagnóstico pré-natal e conduta [Genetic-clinical guidance in fetal medicine. Fetal Medicine Prenatal diagnosis and management]*. Rio de Janeiro: Revinter, 1-19.
11. Engle, P. L., Castle, S. & Menon, P. (1996). Child development: vulnerability and resilience. *Social Science & Medicine*, 43(5), p.621-635.

12. Fleischer, A. C., Manning, F. A., Jeanty, P., Romero, R., Manning, F. A. & Jeanty, P. (2001). *Sonography in obstetrics and gynecology: principles & practice*. Medical Pub. Division.
13. Galea, S. & Resnick, H. S. (2005). Posttraumatic stress disorder in the general population after mass terrorist incidents: Considerations about the nature of exposure. *CNS Spectrums*, 10(2):107-115.
14. Galea, S. et al. (2002). Psychological sequels of the September 11 terrorist attacks in New York City. *New England Journal of Medicine*, 346(13):982-987.
15. Galea, S., & Tracy, M. (2007). Participation rates in epidemiologic studies. *Annals of epidemiology*, 17(9):643-653.
16. Garmezy, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry*, 56(1), p.127-130.
17. Gimenes, M. D. G. & Queiroz, B. (1997). As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. A mulher e o cancer. [The different stages of coping during the first year after mastectomy. The woman and cancer]. *Campinas: Editorial Psy*, 171-195.
18. Griep, R. H., Chor, D., Faerstein, E., Werneck, G. L. & Lopes, C. S. (2005). Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. [Construct validity of the Medical Outcomes Study's social support scale adapted to Portuguese in the Pró-Saúde Study]. *Cad. Saúde Pública*, 21(3):703-714.
19. Harville, E. W., Xiong, X., Buekens, P., Pridjian, G., & Elkind-Hirsch, K. (2010). Resilience after Hurricane Katrina among pregnant and postpartum women. *Women's Health Issues*, 20(1):20-27.
20. Hobfoll, S. E., Palmieri, P. A., Johnson, R. J., Canetti-Nisim, D., Hall, B. J. & Galea, S. (2009). Trajectories of resilience, resistance, and distress during ongoing terrorism: The case of Jews and Arabs in Israel. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1):138.
21. Moreira-Almeida, A., Neto, F. L., & Koenig, H. G. (2006). Religiousness and mental health: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), p.242-250.
22. Norris, F. H., Tracy, M. & Galea, S. (2009). Looking for resilience: Understanding the longitudinal trajectories of responses to stress. *Social science & medicine*, 68(12):2190-2198.
23. Oliveira, M. A. D., Reis, V. L. D., Zanelato, L. S. & Neme, C. M. B. (2008). Resiliência: análise das publicações no período de 2000 a 2006. [Resilience: analysis of the re-

-
- lated publications from 2000 to 2006]. *Psicologia: ciência e profissão*, 28(4):754-767.
24. Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N. & Oliveira, R. D. (2004). Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. [Risk and Protection: Looking for an Equilibrium That Provides Resilience]. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 20(2):135-143.
 25. Piccinini, C. A., Rapoport, A., Levandowski, D. C. & Voigt, P. R. (2002). Apoio social percebido por mães adolescentes e adultas: da gestação ao terceiro mês de vida do bebê. [Social support perceived by adolescent and adult mothers: from pregnancy to the infant's third month of life]. *Psico (Porto Alegre)*, 33(1):9-35.
 26. Ramos, N. (2010). Saúde, migração e direitos humanos. [Health, migration and human rights]. *Mudanças-Psicologia da Saúde*, 17(1):1-11.
 27. Rapoport, A. & Piccinini, C. A. (2006). Apoio social e experiência da maternidade. [Social support and the experience of maternity]. *Revista brasileira crescimento desenvolvimento humano*, 16(1):85-96.
 28. Rodrigues, A. S., Jorge, M. S. B. & Morais, A. P. P. (2005). Eu e meu filho hospitalizado: concepção das mães. [My hospitalized child and I: mothers' conception]. *Rev. RENE*, 6(3), p.87-94.
 29. Roecker, S., Mai, L. D., Baggio, S. C., Mazzola, J. C. & Marcon, S. S. (2012). A vivência de mães de bebês com malformação. [The experience of mothers of infants with malformations]. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 16(01), p.17-26.
 30. Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American journal of orthopsychiatry*, 57(3), p.316-331.
 31. Rutter, M. (2006). Pathways from Childhood to Adult Life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30(1), p.23-51.
 32. Sabroza, A. R., do Carmo Leal, M., de Souza Jr, P. R., & da Gama, S. G. N. (2004). Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do Município do Rio de Janeiro (1999-2001). [Some emotional repercussions of adolescent pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil (1999-2001)]. *Cad. saúde pública*, 20(Sup 1), S130-S137.
 33. Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T. & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. [Factorial Analysis of a Coping Measure]. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 17(3):225-234.
 34. Shalev, A. Y. (2002). Acute stress reactions in adults. *Biological Psychiatry*, 51(7):532-543.
 35. Sherbourne, C. D. & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social*

science & medicine, 32(6):705-714.

36. Stampino, V. G. (2007). Improving access to multilingual health information for newcomers to Canada. *Journal of the Canadian Health Libraries Association*, 28(1):15-18.
37. Stoll, C., Alembik, Y., Dott, B., & Roth, M. P. (2002). Impact of prenatal diagnosis on livebirth prevalence of children with congenital anomalies. In *Annales de genetique*, 45(3):115-121.
38. Vitaliano, P. P., Russo, J., Carr, J. E., Maiuro, R. D. & Becker, J. (1985). The ways of coping checklist: Revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research*, 20(1):3-26.
39. World Health Organization. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*. World Health Organization.

Anexos:

TABLA I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y SU ASOCIACIÓN CON LA RESILIENCIA EN 86 MUJERES EMBARAZADAS CON FETOS CON MALFORMACIÓN CONGÉNITA EN RÍO DE JANEIRO, BRASIL.

Características sociodemográficas	Resiliencia				
	%	N	%	OR (CI95%)	p-value
Grupo de edad (años)					
13-19	20,9	14	16,3	0,3 (0,3-3,3)	0,34
20-35	65,1	35	40,7	0,1 (0,2-1,3)	0,08
>35	14	11	12,8	1	
Estado Civil					
Soltera	32,5	22	25,6	0,5 (0,2-1,4)	0,2
Casada	66,3	37	43	1	
Lugar de Nacimiento					
Rio de Janeiro	77,9	52	60,5	0,2 (0,1-0,6)	0
Otros	22,1	8	9,3	1	
Años de escolaridad					
≤ 8 años	24,4	15	17,4	0,9 (0,3-2,7)	0,85
> 8 años	75,6	25	52,3	1	
Ocupación /profesión					
Desempleados	8,1	3	3,5	0,3 (0,5-1,4)	0,12
Formal	9,3	7	8,1	2,4 (0,3-23)	0,44
Casual	46,6	27	31,4	0,7 (0,2-2)	0,54
Estudiante/ ama de casa	36	23	26,7	1	

Origen étnico / raza					
Blanca	31,4	16	18,6	0,5 (0,1-1,9)	0,31
Mixta	46,5	30	34,9	1,1 (0,3-3,7)	0,91
Negra	22,1	14	16,3	1	
Ingreso mensual (promedio)^a					
Hasta 1 salario	11,3	5	6,2	0,4 (0,1-1,9)	0,23
2-3 Salarios	56,3	30	37,5	0,6 (0,2-1,8)	0,36
Más de 3 salarios	32,4	20	25	1	
Vive con					
0-2 Personas	34,9	25	29,1	5,0 (0,9-27)	0,06
3-4 Personas	55,8	31	36	1,8 (0,4-8,2)	0,43
Más de 4 personas	9,3	4	4,6	1	
Religión					
Sí	75,6	44	51,2	0,6 (0,2-2)	0,46
No	24,4	16	18,6	1	

Nota. IC: intervalo de confianza; OR: odds ratio.

^a 80 mujeres respondieron sobre el ingreso promedio mensual que reciben.

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y OBSTÉTRICAS ASOCIADAS CON LA RESILIENCIA EN 86 MUJERES EMBARAZADAS CON FETOS CON MALFORMACIÓN CONGÉNITA EN RÍO DE JANEIRO, BRASIL.

	Resiliencia				
	%	N	%	OR (CI95%)	p-value
Características obstétricas					
Primípara	58,1	35	40,7	0,9 (0,3-2,2)	0,78
Atención prenatal en el 1er trimestre	80,2	47	54,6	1,5 (0,4-5,2)	0,5
Historia familiar de anomalías	18,6	12	13,9	1,4 (0,4-4,7)	0,61
Anormalidad fetal en el embarazo previo	21,1	6	15,8	1,5 (0,3-8,8)	0,65
Embarazo no planeado	55,8	33	38,4	1,2 (0,4-2,8)	0,82
Uso de alcohol durante el embarazo	4,7	4	4,7	0,7 (0,6-0,8)	0,18
Uso de tabaco durante el embarazo	7	6	7	0,7 (0,6-0,8)	0,1
Características clínicas y psiquiátricas					
Patologías previas	18,6	10	11,6	0,7 (0,2-2,1)	0,48
Historia de psicopatología	65,1	30	34,9	1,9 (1,5-2,4)	0
Historia de tratamiento psicológico/psiquiátrico	11,7	4	4,7	0,2 (0,1-0,9)	0,03

Nota. IC: intervalo de confianza; OR: odds ratio.

^a Un total de 38 mujeres embarazadas tuvieron embarazo anterior.

TABLA 3. EVALUACIÓN DEL APOYO SOCIAL Y SU ASOCIACIÓN CON LA RESILIENCIA EN 86 MUJERES EMBARAZADAS DE FETOS CON MALFORMACIÓN CONGÉNITA EN RÍO DE JANEIRO, BRASIL.

Apoyo social	Resiliencia				
	%	N	%	OR (CI95%)	p-value
Apoyo emocional	43	27	31,4	1,3 (0,5-3,3)	0,13
Apoyo material	45,3	27	31,4	0,9 (0,4-2,4)	0,92
Apoyo informativo	43	29	33,7	2,1 (0,8-5,6)	0,13
Apoyo afectivo	79,1	50	58,1	2,2 (0,8-6,5)	0,14
Soporte de Interacción Social	46,5	31	36	2,0 (0,8-5,3)	0,14

Nota. IC: intervalo de confianza; OR: odds ratio.

TABLA 4. PUNTUACIONES MEDIAS DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SU ASOCIACIÓN CON LA RESISTENCIA EN 86 MUJERES EMBARAZADAS CON FETOS CON MALFORMACIONES CONGÉNITAS EN RÍO DE JANEIRO, BRASIL.

Estrategias de afrontamiento	Resiliencia		
	Media	OR (CI95%)	p-value
Enfocada en el problema	3,8	1,4 (0,7-2,8)	0,3
Enfocada en la emoción	2,1	0,3 (0,1-0,6)	0
Prácticas religiosas	5,5	0,4 (0,2-0,8)	0
Demanda de apoyo social	2,5	1,1 (0,5-2,3)	0,81

Nota. IC: intervalo de confianza; OR: odds ratio.

TABLA 5. ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LA RESILIENCIA EN 86 MUJERES EMBARAZADAS DE FETOS CON MALFORMACIÓN CONGÉNITA EN RÍO DE JANEIRO, BRASIL.

	OR (CI95%)	p-value
Nacida en Rio de Janeiro	(1,5-76,7)	0,01
Tratamiento psicológico/psiquiátrico previo	(1,1-78,5)	0,04
Estrategias de afrontamiento enfocada en la emoción	(0,1-1)	0,05

Nota. IC: intervalo de confianza; OR: odds ratio.

EXPERIENCIAS DESARROLLADAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN CÓRDOBA, ARGENTINA.

Autores:

Dra. María Cristina Cometto.

Doctora en Ciencias de la Salud, Mgtr en Sistemas de Salud y Seguridad Social, Lic. en Enfermería. Prof. Titular Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

Dra. Patricia Fabiana Gomez.

Doctora en Ciencias de la Salud, Lic. en Enfermería y Psicología. Especialista en Psicología Clínica. Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

Lic. Marisa Flamini.

Licenciada en Enfermería. Egresada RISAM. Responsable del proyecto de la huerta, participante del programa La Rampa (área de rehabilitación del HNP).

Lic. Sandra Cerino.

Licenciada en Enfermería. Magister en Administración Pública. Jefa de Servicio del HNP. Profesor asistente de la cátedra de Enfermería en Salud Mental de la Escuela de Enfermería - FCM de la UNC.

Lic. María Eugenia Mazzoni.

Lic. en Enfermería. Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental completa. Lic. en Enfermería del Centro de Rehabilitación Socio Laboral. Docente adscripta de la Cátedra de Enfermería en Salud Mental de la Escuela de Enfermería - FCM de la Universidad Nacional de Córdoba. Integrante del Comité de eventos del Departamento Central de Enfermería del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.

Lic. Emilse Olivares.

Licenciada en Enfermería. Supervisora de Servicio del HNP. Docente asistente de la cátedra de Enfermería en Salud Mental de la Escuela de Enfermería - FCM de la UNC.

Lic. Marcela Coronado.

Lic. en Enfermería - Docente de la Cátedra Enfermería Salud Mental y Psiquiatría - Escuela de Enfermería - F.C.M.- U.N.C. Enfermera operativa de Hogar Padre Lamonaca.

Lic. Silvia Catalini.

Lic. en Enfermería - Docente de la Cátedra Enfermería Salud Mental y Psiquiatría - Escuela de Enfermería - F.C.M.- U.N.C. Enfermera operativa de Institución Provincial de Alcoholismo y Drogadicción.

En los últimos años el mundo ha devenido cada vez más consciente de la magnitud del problema del sufrimiento psíquico y la discapacidad para individuos, familias y comunidades.¹ Investigaciones epidemiológicas recientes han demostrado a nivel mundial que los trastornos mentales y del comportamiento afectan al 22 % de la población en general, reflejando la importancia de incorporar nuevos modos de pensar y actuar en salud.²

Intentar asumir estos desafíos implica realizar un cambio, no sólo hacia la promoción de salud y salud mental, sino también hacia los valores y problemas implicados. En consecuencia cambiar de fines y de estrategias de intervención para promover el desarrollo de la salud mental de las poblaciones.³ Uno de los aspectos de mayor preocupación para los profesionales que intervienen en esta problemática es de qué manera se traduce el abordaje de la salud mental en acciones concretas.

En este capítulo del libro se presentan tres experiencias cuyos valores se sostienen en la superación de desigualdades, el acceso, la inclusión, la equidad en salud, la participación social y la contribución de las enfermeras como factor necesario para la salud y el desarrollo sostenible de las poblaciones.

En las mismas se rescata el significado de innovar, como la tarea de articular la demanda, que la sociedad pida lo que los innovadores ofrecen, es poner en relación con la situación de innovar, es decir, con el por qué, con el para qué y en qué dirección se pretende el cambio.

EXPERIENCIA N° 1: TALLER DE HUERTA COMO TRANSFORMADOR DE LAS PRÁCTICAS MANICOMIALES.

Introducción.

La presente experiencia consiste en un proyecto de trabajo transdisciplinario que se está llevando a cabo hace ya más de dos años en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial.* Se trata de la apertura de un *taller de huerta y jardinería* destinado, en un primer momento, a los pacientes internados y luego extendiéndose hacia la comunidad.

El objetivo general reside en generar, mediante la labranza de la tierra, un espacio de encuentro con otros, una instancia que promueva el surgimiento del trabajo grupal y el intercambio intersubjetivo.⁴

Los objetivos específicos, que se detallarán posteriormente, sufrieron modificaciones con el paso del tiempo, debido a los cambios en la dinámica institucional y a la variabilidad en

* El Hospital Neuropsiquiátrico es un hospital de pacientes agudos, referente de la zona centro de la provincia de Córdoba y que ha sido desde 1985 eje de la reforma de desmanicomialización. Posteriormente los avances y retrocesos políticos y sanitarios han impactado en este proceso conviviendo al momento actual, prestaciones manicomiales y comunitarias

.....
cuanto a las características de los participantes.

Este documento no incluye un cierre pues se considera, no sólo que no es una experiencia acabada sino que se reconstruye en lo cotidiano de manera permanente.

Historia y realidades de la experiencia. Justificación.

Los talleres terapéuticos, en el campo de la salud mental, son herramientas alternativas aplicadas para trabajar en relación al padecimiento psíquico. Pero dada la amplitud de este concepto, resulta necesario esclarecer una serie de puntos.

- En el marco de la Ley de Salud Mental⁵ y la política de desmanicomialización,⁶ dichos talleres han de concebirse como un dispositivo diferente y sustitutivo del asilo. Objetivamente, las diversas actividades y espacios de ese tipo representan para los usuarios una oportunidad para adquirir o recuperar habilidades, normas de convivencia, hábitos de autocuidado, etc; pero la rutinización y automatización de la tarea culmina a veces, en la alienación del sujeto si no se tiene en cuenta su individualidad.
- Acorde a lo expuesto, debe destacarse la importancia de tomar en consideración, qué le ocurre a la persona que concurre a un taller, en qué sentido esto lo moviliza o no, cómo se vincula con su entorno y con sus pares, etc.
- La productividad no debería medirse sólo en virtud de la calidad o cantidad de trabajo terminado sino en relación al sentido de apropiación generado, a la percepción, por parte del individuo, del trabajo como proceso del cual él es y se siente responsable.
- Debe contemplarse la inclusión no sólo de los sujetos estabilizados, sino también la de aquellos que atraviesan una etapa crítica, analizando previamente cada caso.

Marco conceptual donde se sostiene la experiencia.

La actividad agrícola como Taller. Sus aspectos ideológicos.

El contacto físico con la tierra, lejos de oprimir un síntoma, promueve su expresión de manera más funcional, permite que la persona se nombre y se defina desde otro lugar, un lugar ligado no a su condición psicopatológica, sino a las actividades que realiza, a sus preferencias, a su modo de ser y de autoconcebirse.⁷

En numerosas oportunidades se han podido objetivar los efectos positivos en pacientes desorientados que recuperaron la noción de tiempo y espacio en el marco del proceso de crecimiento de los vegetales, al momento propicio para el riego y la siembra. En síntesis, se aprecia cierto grado de reorganización en relación al cuidado de algo que considera propio. En este sentido, la huerta exhibe la particularidad de ser un taller mixto y abierto a la comunidad que pertenece sólo a los participantes; está ubicado dentro de la institución y recibe

.....
de ella diversos aportes, pero mantiene autonomía en cuanto a su modo de funcionamiento.⁸

De hecho, y sin haberlo planificado así, este espacio pasó de ser una alternativa terapéutica para pacientes críticos, a una que promueve la inclusión del resto de los internos, los ambulatorios y la comunidad en general.⁹

Al analizar las transformaciones sufridas a lo largo del tiempo, se determinó que el rol de coordinadora terapéutica evolucionó al de facilitadora y posteriormente, al de “secretario del alienado”, esto es definido por Lacan, en el seminario 3,¹⁰ “vamos a contentarnos no sólo con hacernos secretario del alienado sino de tomar eso que él nos cuenta al pie de la letra”. Mireille Blanc Sánchez, en “La palabra confiscada” se refiere a la función del secretario, diciendo que el secretario fue en primer lugar el amigo el confidente, de la misma manera que al acompañante al principio se lo denominó “amigo calificado”. También podríamos asimilar a la función de secretario a las funciones que enumera Kuras de Mauer en el libro “Acompañante terapéutico y sus pacientes psicóticos” cuando se refiere a que en ciertos momentos del acompañamiento se hace necesario organizar al paciente, siendo su “yo auxiliar” o “prestando el yo”, ayudándolo en cuanto a tareas como de ayuda memoria, o siendo interlocutores.

Acerca de la Internación, cronificación y pérdida de la identidad.

En términos generales, internar implica alojar a un sujeto en una institución sanitaria a fin de brindarle el tratamiento adecuado a su padecimiento, con monitoreo permanente de su evolución, hasta la desaparición o minimización del cuadro que motivó el ingreso.

Tratándose de una internación psiquiátrica, podría decirse que esta obedecería no sólo al surgimiento o reaparición de un cuadro psicopatológico grave con riesgo vital para quien lo padece o para terceros, sino que también deben tenerse en cuenta diversos aspectos tales como la dificultad del individuo para realizar actividades de la vida diaria, para interactuar con su entorno, sostener vínculos saludables con su familia o su comunidad. Es por lo que, las estrategias de abordaje deben extenderse más allá de la persona internada e incidir en el ámbito extrahospitalario, en el lugar al que pertenece el paciente a fin de evitar la exclusión o en su defecto, promover su reinserción.¹¹ Es necesario destacar que la dinámica de las instituciones de salud en general y particularmente, las psiquiátricas, tienden a regirse con normativas estructuradas y formas de trabajo en las que se prioriza la destreza técnica, la velocidad, la cuantificación de resultados, la identificación de pacientes según número de cama, etc. Este tipo de prácticas son las que caracterizan a las instituciones totales y tal como lo afirmó Goffman en su libro “Internados”, producen alienación, individualismo y retracción social aunque no sea ese el objetivo que persiguen.¹² Por tal motivo, el trabajo con el sujeto se orienta a evitar que el diagnóstico se convierta en sentencia (sentencia que aísla, aliena y cronifica).

Dicho esto, cabe preguntarse de qué modo pueden evitarse estos efectos no deseados cuando se producen internaciones por orden judicial o por razones sociales.

Los dispositivos antimanicomiales pese a no dar respuesta directa a esta problemática, permiten que el paciente mantenga un contacto más dinámico con el medio en el cual se encuentra, promueven la adquisición de hábitos, prácticas saludables y productivas factibles de ser reproducidas en la comunidad.¹³

Retomando el concepto de los dispositivos mencionados, estos se definen como alternativas terapéuticas concebidas fuera del espectro de actividades rutinarias que se desarrollan en todas las instituciones de salud y que tienden a considerar aspectos cualitativos del sujeto tales como sus preferencias, habilidades ocultas o no, etc. Así pues, el arteterapia, biodanza, cromoterapia y otras instancias como los talleres terapéuticos intra o extrainstitucionales constituyen ejemplos de ello en tanto se plantea desde allí, otra manera de mirar, comprender y tomar la locura.¹⁴

Históricamente los hospicios contaban con programas y espacios destinados a mantener ocupados a los internos ya fuese para evitar el ocio, restarle carga laboral a los empleados o bien, pagar con trabajo el gasto causado por su internación. El rol o función del personal a cargo se reducía a controlar, vigilar y castigar. Con el transcurso del tiempo y los cambios sociales, también se fue modificando la concepción de la salud mental hasta llegar a la época actual, en la que los talleres constituyen herramientas pensadas con y para los participantes, que tienen por finalidad promover su autonomía, creatividad y capacidad de socializar. Es a la vez una forma de romper con la histórica manera de producción y reproducción manicomial donde las personas dejan de ser sujetos para transformarse en objetos. En esta experiencia se intenta recuperar modos de construcción que cuestionen la organización y la circulación tradicional del poder.

Así el trabajo en la huerta circula horizontalmente, y por sus características facilita la construcción de vínculos, el intercambio de saberes, la contención entre los participantes, ya que existe un amplio espectro de actividades que pueden realizarse colectiva o individualmente en relación al cuidado permanente de la misma y que indefectiblemente requieren llegar a acuerdos en cuanto a la división del trabajo, o a la hora de decidir cómo se utilizarán los recursos obtenidos. Este proceso constituye una forma de reconstrucción saludable de la cotidianidad y de la temporalidad, aspectos que el sujeto pierde en situaciones de internación prolongada.

La aplicación o uso adecuado de este tipo de espacios apunta a que el paciente sea protagonista de todo el proceso de trabajo y no sólo de una fracción aislada del mismo, evitándose así la automatización de la actividad y la pérdida de la noción de pertenencia.

Es en este sentido, que la huerta se configura como un espacio pensado con y para los participantes, donde todos tienen algo que les es propio, que es objeto de cuidado y sobre el cual deciden colectivamente qué hacer.

Esa posibilidad de cuidar, cultivar y cosechar repercute en el sujeto en tanto prepara el terreno para la recuperación de la capacidad de cuidar de sí mismo, de ser y mostrarse cada vez más independiente.

El *objetivo general* del Taller fue:

- Generar una instancia alternativa para el abordaje integral del sujeto en crisis.

Los *objetivos específicos* se centraron en:

- Recuperar o conservar la noción de tiempo y espacio mediante la realización de actividades agrícolas secuenciadas cronológicamente.
- Facilitar el aprendizaje de un oficio que promueva la reinserción social y la autonomía.
- Reproducir prácticas saludables en la familia y la comunidad.
- Conectarse tanto con el proceso de trabajo, como con el producto final del mismo.
- Promover una instancia en la que los participantes puedan redefinir o confirmar su identidad en relación a un oficio o práctica determinada.

Responsables de la actividad.

El comienzo de la actividad y su continuidad ha sido responsabilidad de una de las autoras de este capítulo, licenciada Marisa Flamini, contando con el asesoramiento de la Cátedra de Enfermería en Salud Mental de la Escuela de Enfermería de la FCM, de la UNC. En el transcurso de la experiencia se fueron sumando distintos profesionales con el consiguiente impacto en la percepción del trabajo tanto de uno mismo como de los otros.

Diseño metodológico de la experiencia.

La historia aun breve, del taller de huerta, comienza en el año 2008 como parte del Programa de Acompañamiento de La Rampa, y del Servicio de Enfermería en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial y como alternativa para el abordaje del Paciente Crítico. Surge como herramienta terapéutica a cargo de personal de enfermería ante la necesidad de generar un espacio en el que los internos pudieran realizar actividades en torno a un trabajo individual que promoviera, mediante el contacto con la tierra, cierto grado de estabilización para pasar luego a la instancia colectiva o de conformación del grupo.

Durante los inicios del taller, los individuos solicitaban permiso para asistir, para trabajar, aportar ideas y hasta para retirarse. Luego, en tanto fueron adquiriendo confianza en sí mismos, en su saber previo y en su capacidad de aprender, comenzaron a autoconvocarse,

.....
a invitar a otros, a colaborar y trabajar independientemente del coordinador, enfermero o equipo a cargo. Por ello, las intervenciones directas y los señalamientos son cada vez menos frecuentes, produciéndose un corrimiento del lugar de profesional, a uno más complejo, designado por el paciente donde es su saber el que cuenta y el título o función institucional pierden valor objetivo y el sujeto con quien se da la situación transferencial es el “terapeuta”.

El requisito esencial para la participación fue y es que el sujeto desarrolle cierta afinidad con este tipo de actividades, con el transcurso del tiempo se sumaron tanto pacientes críticos como estabilizados (crónicos y agudos), de pre-alta y ambulatorios. Los objetivos terapéuticos individuales se adaptan a la evolución, condición general, preferencias y aptitudes de cada uno, pero siempre enmarcados dentro de los objetivos generales.

El taller cuenta con tres ejes centrales sujetos al análisis permanente, a saber:

1. Acompañamiento e inclusión del paciente crítico en la huerta.
2. Incorporación del paciente crítico al resto del grupo.
3. Integración a la instancia grupal, desarrollo o readquisición de habilidades sociales.

En el año 2011 se articula y se suma a la experiencia el movimiento de Agricultores Urbanos, aportando asesoría técnica ya que dicho grupo está integrado por personas que más allá de su formación académica, cuentan con preparación específica en agricultura.

Desde entonces, los días jueves, en un horario que varía entre las 9.00 a 10.00 hs, el espacio de la huerta pasa a ser mixto ya que articula el Internado con el Barrio donde está inserto el hospital. Simbólicamente se abre el portón que delimita el espacio de la huerta con la calle lateral de la institución como una forma de abrir la participación, disminuir estigmas y ser parte de un acto colectivo que trasciende muros y diagnósticos

A partir de la continuidad de la experiencia la huerta ha participado en numerosos eventos culturales de carácter colectivo tales como la exposición de “La Fábrica Cultural”, “Cultorando”; presentación de talleres en plaza de la Intendencia, etc., donde se da a conocer el trabajo conjunto.

Evaluación de éxitos, fracasos y aprendizajes conjuntos.

El espacio se sostiene con el aporte del Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA), que entrega semillas de variadas especies; de los coordinadores técnicos y de algunos vecinos, que traen distintos elementos necesarios para riego, almacenamiento de plántines, elaboración de plaguicidas, etc. Además, la Dirección del hospital compró herramientas de jardinería, los mismos se extraviaron con el uso y transcurso del tiempo, fueron repuestos con parte de los fondos obtenidos de la venta de los productos. Es interesante aclarar, que hasta el momento el precio de la venta de productos es fijado por el comprador al momento

.....
de entregarle cada pedido, pues sólo tiene costo fijo la mercadería que se expone en cada muestra.

La recaudación se utilizó según las necesidades del momento y la demanda de los participantes: Durante mucho tiempo se realizaron asados comunitarios y actualmente se compran insumos de uso diario que los talleristas indican como necesarios.

A medida que la experiencia se sostuvo en el tiempo, se sumaron otras enfermeras a la actividad lo cual permitió ampliar el período en que se ofrece la actividad, y por ende mantener este espacio terapéutico.

En una primer etapa de aproximadamente seis meses, la continuidad del cuidado de la huerta se vio afectada por la disponibilidad y presencia de su coordinadora. Esta situación se ve superada progresivamente a través de la apropiación del espacio tanto de colegas como de otros profesionales de la institución o de la comunidad, como es el caso específicamente de los ingenieros agrónomos. Hasta lograr esta pertenencia al proyecto se sucedieron períodos de abandono en el cuidado de la tierra con la consiguiente sequía o invasión de malezas.

Síntesis a modo de cierre.

Al realizar una revisión profunda del desarrollo de este proyecto se evidencia el proceso de apropiación del espacio en tanto la huerta deja de ser la “huerta del Neuro” para ser la huerta de pacientes, vecinos, empleados, en verdad de todos, quienes adquieran el interés de participar. En este sentido decidir colectivamente el destino del producto final y del plusvalor obtenido estimula la capacidad de reconocer sus necesidades y prioridades minimizándose el surgimiento de síntomas compatibles con la alienación tanto psíquica como laboral.

Una vez mas es oportuno expresar que los dispositivos antimanicomiales plantean no sólo la posibilidad de abordar de otra manera el sufrimiento psíquico sino que también permite modificar formas de trabajo fragmentadas, descontextualizadas que producen enajenación tanto en ellos como en los usuarios de cualquier institución.

Desde este taller se intenta promover la creación de mayores alternativas de trabajo saludable, factibles de multiplicarse en el seno de la comunidad y en el que los participantes establezcan relaciones horizontales y sean protagonistas activos. De este modo se anhela que la experiencia relatada deje de ser un espacio alternativo y pueda ser dominante en un modelo que deje de estar centrado en la internación como respuesta a la crisis psiquiátrica.

EXPERIENCIA N° 2: LA FOTOGRAFÍA “MENSAJES DE VIDA”. PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA TERCERA EDAD.

Equipo de trabajo:

Marcela A. Coronado (Lic. en enfermería).

Ing. Miguel A. Fierro (Fotógrafo).

Introducción.

Esta experiencia tuvo su motivación en la práctica realizada por estudiantes de enfermería de la Asignatura de Enfermería Básica, de la Escuela de Enfermería – Facultad de Ciencias Médicas – U.N.C, en una institución pública con perfil geriátrico Hogar Padre Lamónaca, en septiembre del 2012, donde surge la idea de elaborar un foto- libro, para dar relevancia a la palabra de los adultos mayores que residen en esta institución a partir de la imagen de los mismos. Las principales características de estos sujetos son sus condiciones de vulnerabilidad económica, social y afectiva.

Con la finalidad de lograr la actividad descripta anteriormente se contacta con la organización de Fotógrafos Aficionados de Córdoba. De la articulación, se recrea la idea de realizar una exposición fotográfica itinerante, de retratos en versión formato tríptico. Se comenzó a construir la posibilidad del proyecto cuyos ejes principales estarían apuntalados en la promoción de la salud mental, siendo importante el abordaje de la autoestima de los adultos mayores y la posibilidad de iniciar una sensibilización a la comunidad sobre envejecimiento saludable.

Desde esta perspectiva se abrieron interrogantes tales como: ¿Que se entiende por envejecimiento saludable?, ¿Cuán importante es el rol enfermero en estos espacios? ¿Con esta comunidad? ¿Cuáles serían las herramientas de enfermería efectivas para ese abordaje?, que fueron encontrando respuesta a lo largo de la experiencia realizada.

Es difícil pensar la vejez la propia y la de otros desde las potencialidades, desde los sueños o esperanzas. Pensar en que sea escuchada la voz en esta etapa cronológica, donde se atesoran las más sabias experiencias de vida compactadas como en un cuento, no resulta fácil. La vejez es una etapa desestimada por muchos en esta sociedad, esta concepción se presenta tanto en la familia como en los diferentes sectores de la comunidad; esto hace muy difícil la posibilidad de visualizarse en positivo.

Frente a esta situación plateada, se propone en esta actividad dar permiso a una reflexión, “una mirada sobre ellos mismos”, a fin de encontrar colectivamente nuevas significaciones que permitan revalorizar un envejecimiento saludable.

“Un hombre no envejece cuando se le arruga la piel, sino cuando se le arrugan los sueños y esperanzas”.

Justificación.

El presente proyecto de intervención está orientado en primer lugar a la construcción de un espacio de encuentro para fortalecer la identidad del adulto mayor de una comunidad cerrada, denominada institución totalizadora, según Goffman.¹⁵ Que a partir de una actividad específica como es la fotografía abre sus puertas hacia la sociedad, siendo los ejes principales de la misma la recuperación de las historias de vidas y de la autoestima, permitiendo la reconstrucción a través de la imagen. Se intenta mostrar un modelo de trabajo que rescata la identidad negada en los hospicios y devuelve la autonomía dentro de una contención solidaria que crea la estructura de comunidad.¹⁶

En el armado de esta propuesta subyacen problemáticas como la *invisibilidad* de este grupo de personas institucionalizadas¹⁷ y *el silencio y la desaparición de historias de vida* que merecerían empezar a ser recuperadas. Desde el lugar estigmatizado en el cual se encuentra esta comunidad, no resulta fácil contar con las miradas de otros sectores sociales, no obstante, es válido visualizarla como una estrategia importante y de impacto.

El arte de la fotografía utilizado en la tercera edad puede ser visto como la mirada del pasado en post de la construcción de un futuro, con el objetivo de mostrar un punto de partida hacia la inclusión de todos, un “todos” que incluya a diferentes sectores desde sus intereses heterogéneos integrados en un mismo fin, la inclusión de los adultos mayores institucionalizados en la sociedad.

Marco conceptual donde se sostiene la experiencia.

El hogar de ancianos es una residencia que provee habitación, alimentación y ayuda en las actividades cotidianas y recreativas. En la mayoría de los casos, los residentes de estas instituciones tienen problemas físicos o mentales que les impiden vivir solos, generalmente necesitan ayuda a diario.¹⁸ Las residencias de tercera edad, constituyen una fase específica de la evolución de aquellas instituciones cuya función dentro de la sociedad ha sido “dar cobijos,” “custodiar,” “recluir individuos con fines dispares” (socorro, prevención, cura, castigo, etc.), desde un análisis sociológico, estos términos denotan una ambigüedad que plantea interrogantes acerca de su funcionamiento y misión verdadera.⁵

Foucault,¹⁹ en su estudio demostró cómo el problema social de la locura, al que se mezclan intrínsecamente el de la mendicidad, el de la enfermedad contagiosa y otras formas de marginalidad aguda, producen ese precipitado asilar del siglo XVII que él caracteriza como

.....
“gran encierro”. Siguiendo el mismo planteamiento del autor, definir la función de los asilos de ancianos y las residencias de hoy, es de gran controversia ya que implica una inflexión en la historia de las mentalidades.²⁰

Goffman hace referencia sobre los asilos, residencia, hogares, etc., como instituciones Totales, como un «lugar de residencia o trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente».¹⁵

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la institucionalización es un factor determinante de la vulnerabilidad de los adultos mayores.²¹

Erdman Palmore, refiere: “Las actitudes y las creencias, las conductas discriminatorias y las prácticas institucionales, se relacionan y refuerzan mutuamente, contribuyendo a la transformación de la vejez, de un proceso natural, a un problema social en el cual las personas viejas soportan unas condiciones que les perjudican”.²²

En nuestra sociedad “la vejez es una condición que se vive «desde dentro» pero se estigmatiza «desde fuera»”.²³ Reflexionar y cuestionar esas imágenes negativas que predominan acerca de la vejez, circunscribiéndolo en el marco institucional, puede constituir un paso hacia un cambio necesario, en la que los enfermeros debe enmarcar sus prácticas de cuidado desde el enfoque comunitario.

Las políticas de promoción y de envejecimiento saludable afirman,²⁴ que al llegar a la vejez un sujeto debe poseer un envejecimiento activo,²⁵ definiendo al mismo como el proceso de optimizar las oportunidades para la salud, la participación y la seguridad, de manera que se realce la calidad de vida a medida que se envejece; para que este envejecimiento se produzca en esas condiciones, se recomienda, que el abordaje de la salud, en general, sea interdisciplinario y se relacione de manera fluida con la familia, la sociedad y las instancias de decisión política.

De acuerdo a la evolución del concepto de salud con un enfoque derecho, es necesario repensar en políticas sociales específicas y orientadas a la prevención y a la promoción, políticas que se basen en la inclusión de los adultos mayores institucionalizados enmarcados en los principios del envejecimiento activo.²⁶

Un intento de inclusión basado en las políticas de promoción de salud mental es cambiar la imagen estigmatizada de la vejez haciendo visibles los rostros, las identidades, hasta de las emociones plasmadas en las fotografías de los residentes del Hogar, en cual se intentó mostrar una estrategia de cuidado, innovadora, se planteó un modo de trabajo de transformación,²⁷ de unión de adentro y el afuera, en un clima de reforma interna que rompe esquemas de trabajo dentro de las institución, he impone una nueva política de salud mental para los actores

.....
principales “los trabajadores “y los “internos”, cuyo objetivo es restablecer la relación del individuo con su propio cuerpo, reconstruir la capacidad de uso de los objetos personales, potenciar la autoestima y favorecer a la identidad cultural negada.¹⁶

Objetivo general.

Planificar e implementar una experiencia de fotografía participativa con los residentes del Hogar Padre Lamonaca a fin de promover la mejora de la autoestima y revalorizar un envejecimiento saludable.

Objetivos específicos.

- Abordar desde la promoción la problemática de autoestima a través de la fotografía.
- Generar espacios de reflexión sobre la importancia de revalorizar un envejecimiento saludable en conjunto con el equipo interdisciplinario.
- Motivar y sensibilizar desde las concepciones de la promoción en salud a los profesionales del equipo de salud en el abordaje de problemas de autoestima.
- Revalorizar la importancia de la autonomía e independencia.
- Sensibilización social sobre la tercera edad y sus historias - mensajes de vida a través de las imágenes de los residentes de la institución, es muestras itinerantes.

Diseño metodológico de la experiencia y ejecución.

La experiencia fotográfica se planteo en tres fases: La primera fue la toma de fotografías a los residentes en diversas actividades, momentos de la vida diaria, en encuentros programados, etc. La segunda fase fue la realización de los trípticos. La tercera y última se concreta en la muestra del material elaborado pensado en dos instancias: proyección en forma de Video en la institución y muestra en soporte papel “Exposición de Fotografía –Mensajes de Vida” (siendo esta itinerante por instituciones de Córdoba).

En relación a la metodología de implementación se planearon las siguientes actividades:

Convocar a los residentes del H.P.L.M. a la participación de una experiencia de fotografía donde se recuperen sus memorias de vida y reflexionar sobre la auto-imagen. Reforzar mediante actividades con el espejo para promover al reflejo de sí mismo.

Sistematizar el registro escrito de memorias e imágenes en un libro/ revista / anecdotario.

Intervención de los participantes en cada inauguración de la exposición fotográfica

Realizar actividades de intercambio con las personas que participen en las diversas instituciones donde se presentará la exposición fotográfica, actividad mediada por el responsable del proyecto.

Factibilidad de ejecución.

La ejecución del proyecto fue posible ya que se contó con el apoyo de la dirección de la institución para su desarrollo, con el recurso humano formado técnicamente en fotografía, quien facilitó los recursos materiales (cámara – revelado fotográfico, etc.) y los profesionales de enfermería de la institución quienes organizaron las diferentes actividades.

El nivel de motivación que los residentes mostraron durante toda la realización de la propuesta fue muy bueno, sobre todo el trabajo reflexivo posterior de reconocimiento de las fotografías.

Los materiales fueron ajustados al presupuesto que dispuso la institución; especialmente en el costo de las fotografías y enmarcaciones. La exposición y difusión de la muestra fotográfica, armado de los “trípticos”, estuvo sujeta a la gestión realizada por la dirección del Padre Lamonaca. La elaboración de los trípticos y su exposición en Museo “La Cripta Jesuítica”.

Éxitos y dificultades.

La muestra fue declarada de “Importancia Cultural Municipal” por el “Honorable Concejo Deliberante”.

En relación a los residentes de esta institución geriátrica, se generaron cambios relacionados a la seguridad emocional, pertenencia e identidad, mejora de su imagen, expresados en el arreglo personal, generación de un espacio en común donde pudieron expresar con palabra sus sentimientos y emociones.

La propuesta tuvo impacto positivo en los otros profesionales de la salud que se desempeñan en la institución.

Continuar con la Programación de nuevos lugares para realizar la exposición fotográfica.

Las dificultades planteadas con el proyecto fueron la modalidad de funcionamiento institución que enlenteció la articulación con otros sectores.

Enseñanzas extraídas.

“Mensajes de vida”, es un proyecto que invita a la reflexión sobre la existencia del “ser”, esa fue la mejor enseñanza expresada por los propios participantes de la experiencia, algunas frases de ellos pueden ilustrar:

“Nunca es tarde para volverse a mirar más allá del entorno”, “todos podemos estar en momentos de vulnerabilidad en diferentes contextos”, “el mundo está atravesado por sentimientos”, “el cuidado enfermero cobra otra significado y dimensión cuando nos animamos a escuchar, hacer y sentir”.



Fuente: Muestra fotográfica. Autorizada su reproducción.

EXPERIENCIA N° 3: PROYECTO DE PROTOCOLO Y FESTEJOS COMO ESTRATEGIA DE INCLUSIÓN SOCIAL.

El equipo de trabajo:

Instructora Técnica.

Instructora Técnica del Taller de Costura del Centro de Rehabilitación Socio Laboral.

Licenciada en Enfermería.

Lic. en Enfermería del Centro de Rehabilitación Socio Laboral.

Operarios del Centro de Rehabilitación.

Colaboraron en la planificación, ejecución y evaluación del desarrollo del programa de festejos.

Lic. En Trabajo Social.

Servicio de alimentación.

Servicio de alimentación del Hospital Neuropsiquiátrico provincial de Córdoba.

Introducción.

El Centro de Rehabilitación Socio Laboral (CRSL) funciona desde el año 1990 con una modalidad de trabajo centrado en la rehabilitación del paciente bajo tratamiento psiquiátrico

.....
sin posibilidad de autosatisfacerse económicamente y, en la mayoría de los casos, con la necesidad de autoestima altamente lesionada. La admisión del paciente se hace a través de las derivaciones de los equipos tratantes públicos y privados, quienes continúan con la atención del paciente durante toda la rehabilitación. Esta institución cuenta con cuatro programas: Deportivo recreativo, Sociolaboral, Sociocultural y otras actividades como Asambleas de pacientes

A fines del año 2011 el CRSL incorpora al equipo de enfermería una licenciada que lleva adelante este Proyecto de protocolo y festejos como estrategia de inclusión social, apoyada teóricamente desde Alfredo Moffat en relación a la rehabilitación y de Virginia Henderson, modelo teórico para enfermería.

Dimensión ideológica donde se sostiene la experiencia.

La concepción de salud según la OMS,²⁸ es el completo bienestar bio-psico-social y espiritual y no solamente la ausencia de enfermedad pudiendo desprender de aquí que la Salud Mental es la posibilidad que tenemos las personas de interrelacionarnos, producir y ser autónomas en la satisfacción de las necesidades básicas, en la organización de nuestras vidas y en el afrontamiento y resolución de las crisis vitales previsibles y no previsibles que se presentan. Pudiéndose lograr esto con recursos que se han adquiridos durante la vida.²⁹

La OMS define la rehabilitación como parte de la asistencia médica encargada de desarrollar las capacidades funcionales y psicológicas del individuo y activar sus mecanismos de compensación, a fin de permitirle llevar una existencia autónoma y dinámica. El objetivo se mide en parámetros funcionales, en el restablecimiento de su movilidad, cuidado personal, habilidad manual y comunicación.³⁰

La rehabilitación como especialidad se aparta del concepto tradicional de individualidad para interiorizarse también en lo social, los valores que crea no siempre se pueden cuantificar, pero hacen al bienestar y la felicidad del discapacitado y su familia. La complejidad está más bien dada por las vivencias psíquicas con relación a la discapacidad que por el desajuste del medio interno como sucede en la atención del paciente agudo. “Es más fácil dar vida que felicidad”.³¹

La rehabilitación psicosocial de los enfermos mentales debe procurarse a través de programas aplicativos en los tres niveles de atención y deben favorecer no sólo al desarrollo de habilidades para el desempeño cotidiano del paciente, sino considerar también la cobertura de sus necesidades básicas en cada una de las áreas vitales de la persona: descanso, protección y recreación.

La gran diversidad y complejidad de las discapacidades por enfermedades mentales obliga

.....
a que su manejo se realice de manera coordinada y estrecha entre todos los organismos involucrados, tanto del sector público, como de los sectores social y privado, para la atención de los factores específicos que condicionan la enfermedad mental.³²

Henderson definió enfermería en términos funcionales. La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, sano o enfermo a recuperar la salud (o a una muerte tranquila), que realizaría sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o con el conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite la independencia lo más rápido posible, afirmaba que a medida que cambiase las necesidades del paciente también podía cambiar la definición de enfermería.³³

En el diseño del plan de trabajo, el objetivo general fue implementar un Proyecto para promover el desarrollo de potencialidades para planificar, ejecutar y evaluar agasajos o festejos socioculturales de los operarios que concurren al Centro de Rehabilitación Socio Laboral. Como objetivos específicos se propusieron, profundizar el vínculo relacional entre los operarios y el equipo profesional, desarrollar el apego del operario a los agasajos y festejos socioculturales en su propio contexto y generar espacios de interacción entre operarios, agentes del CRSL, personal de salud de otras instituciones, familiares y miembros de la comunidad.

Primera etapa del Proyecto: Sensibilización.

Acciones que se desarrollaron:

- Reuniones entre los integrantes del centro de rehabilitación y los operadores para potenciar la comunicación, planificación y sociabilización del proyecto
- Relevamiento de la historia de los festejos al interior de sus grupos primarios.
- Planificación de festejos con su grupo primario y comunidad de referencia.
- Elaboración y envío de tarjeta de invitación a las autoridades de las instituciones, a los grupos de convivencia y al personal de la institución.

Segunda etapa del Proyecto: Planificación.

Acciones que se desarrollaron:

- Coordinación y consenso de todos los integrantes del Centro de Rehabilitación Socio Laboral, para llevar a cabo el Proyecto de Protocolo y Festejos, de una manera participativa.
- Reuniones periódicas para empoderar la participación de los operarios en el proyecto.
- Reuniones participativas para la realización del proyecto donde se acordó que festejos se realizarían, y que conmemorarían, conviniendo realizar durante el año tres festejos de cumpleaños, dos de egresados, la fiesta de la primavera y una fiesta de fin de año.

Teniendo en cuenta los intereses individuales, determinaron los roles que desempeñarían cada uno y la conformación de cuatro subcomisiones del proyecto: Decoración y ornamentación, alimentación y armado del menú, música, imagen y sonido, protocolo-armado de tarjetas de invitación y regalos.

Cada subcomisión trabajaba de manera independiente reuniéndose quincenalmente para consensuar ideas de trabajo. Todas las reuniones están coordinadas por operarios seleccionados democráticamente.

Tercera etapa del Proyecto: Ejecución.

Acciones que se desarrollaron por subcomisiones:

- Decoración: mediante el reciclado de materiales construyeron la decoración del salón, contando en algunas ocasiones con la ayuda de la cooperadora del CRSL para la compra de los insumos.
- Alimentación: Desarrollo de propuestas de menú y se solicita en alguna oportunidades la colaboración al servicio de alimentación, a los familiares y miembros del CRSL.
- Los encargados de la alimentación, dos días antes del festejo, realizaban las compras de los alimentos faltantes. Oportunidad que era utilizada para visitar supermercado, observar y comparar distintos precios y calidades de la mercadería. Respetando las normas de bioseguridad para la elaboración de alimentos con la materia prima que se había adquirido.
- Música: Se diseñó una propuesta con el tipo de música elegida por los participantes y se armó un programa respetando los tiempos de los diferentes eventos. Quienes se encargaban de la música hacían prueba de equipo y de luces. La música la seleccionaban de Internet, con el aporte de Compact Disk, etc.
- Protocolo: Se conformó un calendario con fechas de cumpleaños, egresos, y otros eventos. Se realizó el diseño de las tarjetas y los regalos que se entregaban a cada homenajeado, en calidad de sorpresa.

Cuarta etapa del Proyecto: Evaluación.

- Al mirar el primer objetivo referido a la integración de los operarios y equipo profesional no se logra profundizar en todas las actividades el vínculo relacional. Por su lado el operario logra revalorizar, comunicar, socializar los festejos con su grupo primario.
- A los distintos festejos asisten operarios, agentes del CRSL, personal de salud de otras instituciones, familiares y miembros de la comunidad, observándose durante el evento interacción entre todos los asistentes. Los responsables de los eventos logran una comunicación

.....
horizontalidad lo que permite conforman un equipo de trabajo.

- El equipo técnico evaluó el proceso teniendo en cuenta: la capacidad de iniciar relaciones horizontales con compañeros, familiares, agentes del CRSL, los sentimientos expresados por el grupo (pertenencia, pertinencia y cooperación) y la capacidad y deseos de aprender.
- Al ser la participación en este proyecto totalmente voluntaria, se puede afirmar que hubo una importante motivación para participar, reflejado esto en la dedicación del equipo en cada uno de los pasos de la experiencia. Se puede inferir que los operarios que concurren al CRSL tienen intereses y capacidades para conseguir lo que se proponen.

Éxitos y fracasos.

El éxito quedó plasmado en la motivación e integración de los operarios. Ellos pudieron adaptarse a distintos modelos de trabajo que se les presentó a lo largo del proyecto en el CRSL.

Es de reconocer que existe la necesidad de realizar modificaciones de fondo, que se relacionan con barreras ideológicas, por parte de algunos integrantes del equipo de Salud del CRSL, que dificultan el desarrollo del proyecto. Se pueden visualizar entre otras: poco interés para realizar las actividades del proyecto, disputa de poder entre los miembros del Equipo de Salud, falta de valoración y respeto a normas acordadas y consensuadas, interrupción de algunas actividades que los operarios realizaban mostrando abuso de autoridad.

Enseñanzas extraídas.

El desarrollo de este proyecto permitió comprobar que con participación, autonomía, oportunidad, posibilidad de expresarse, los sujetos logran llevar adelante con mayor facilidad las actividades. La importancia de poder tratarnos como personas con historia, con presente y con potencialidades, teniendo en cuenta que es la motivación la que obliga y el autoritarismo paraliza a las instituciones.

Bibliografía:

1. OMS. Trastornos neurológicos: desafíos para la salud pública. Publicado por la Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2006 (versión en español de la OPS, 2007). <http://www.who.int/mental_health/neurology/neurodiso/en/index.html>
2. OPS. Estrategias y Plan de Acción sobre Salud Mental. 144ª sesión del Consejo Ejecutivo, Junio 2009 (CE144/12). Washington, 2009.
3. Malvarez, S. “El concepto de enfermedad mental a lo largo del tiempo”. Apunte de Cátedra. Enfermería en salud Mental y Psiquiatría. Escuela de enfermería. U.N.C. Córdoba. 2005.
4. Caldas De Almeida, J.M. y otro. “Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos”. Pág 69 a 73. OPS. Washington. 2005.
5. Poder Legislativo de la Provincia de Córdoba, Ley provincial de salud mental, N° 9848. Año 2010.
6. Material complementario al respecto puede accederse en las publicaciones y recomendaciones de la OMS, como. “Estrategias y plan de acción sobre salud mental”. Washington D.C. 2009.
7. Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén. La huerta como dispositivo complementario de atención de la salud. Martes, 31 de Julio de 2012. [Acceso en Marzo] Disponible en: <[ww.saludneuquen.gov.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=1376:la-huerta-como-dispositivo-complementario-de-atencion-de-la-salud-&catid=16:noticias&Itemid=15](http://www.saludneuquen.gov.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=1376:la-huerta-como-dispositivo-complementario-de-atencion-de-la-salud-&catid=16:noticias&Itemid=15)>
8. Rodríguez González A. Organización de cuidados comunitarios el papel de la atención psicosocial y social en la atención comunitaria a las personas con enfermedad mental grave y crónica. España. [Acceso marzo de 2014] Disponible en: <<https://campus.usal.es/~inico/publicaciones/Rodriguez-A.pdf>>
9. Desmanicomializar Pasado y Presente de los Manicomios. Gregorio Kasi, Enrique Carpintero, Ángel Barroco, Alejandro Vainer. 2007 y en Arte y Desmanicomialización. Alberto Java, Frente de Artistas del Borda. Ed. Artes escénicas. Argentina. 2008.
10. Lacan, J. “Seminario 3. La psicosis”.
11. Gisbert Aguilar, C. Rehabilitación Psicosocial y Tratamiento Integral del Trastorno Mental Severo. Edición: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Ponencia. Congreso Asociación Española de Neuropsiquiatría. Oviedo, Junio 2003 Madrid. [Acceso Marzo 2014]. Disponible en: <http://www.aen.es/docs/SRPS_RPS_y%20Tratamiento_Integral_TMS_AEN.pdf>

12. Erving Goffman y Amorrrortu. Ensayos sobre la situación de los enfermos mentales. Editores, Buenos Aires 1972.
13. Vázquez Roca, A. Anti psiquiatría. Deconstrucción del Concepto de Enfermedad Mental y Crítica de la Razón Psiquiátrica. Nomadas Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas. Unversidad Complutense de Madrid. 2012.
14. Saavedra Macías, Fj. Como encontrar un lugar en el mundo: explorando experiencias de recuperación de personas con trastornos mentales graves. Historia Ciencia y Saude – Manguinhas, Rio de Janeiro. (pp121 – 139),2011.
15. Goffman, Erving. “Internados, Ensayos sobre la situación actual de los enfermos mentales”. Amorrrortu Editores. Bs.As. 1972.
16. Mofatt, A. Socio terapia para sectores marginados .Lumen Humanitas. 6ta Edición, Buenos Aires 1997.
17. Daniel, P. Adultos mayores institucionalizados: Objetos de protección, cuidado y rentabilidad [En línea]. Jornadas de Cuerpo y Cultura de la UNLP, 15 al 17 de mayo de 2008, La Plata. 2008. [Acceso Marzo de 2014]. Disponible en Memoria Académica: <http://www.fuentesmemoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.654/ev.654.pdf>
18. Castro, S. Brizuela, J. Adultos Mayores Institucionalizados en el Hogar de ancianos Fray Mamerto Esquiú. Edición N° 59 - primavera 2010. [Acceso marzo 2014]. Disponible en: <www.margen.org/suscri/margen59/cast>
19. Foucault, M vigilar y castigar Madrid siglo XXI, 1978.
20. Adolfo Vázquez R. A. Foucault; Los anormales; una genealogía de lo monstruoso. Apunte para historiografía de la locura. Universidad Andrés Bello UNAB - Universidad Complutense de Madrid. . [Acceso marzo 2014]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5209/rev_NOMA.2012.v34.n2.40745>
21. Delgado, M: “La construcción social de la vejez”. Jano Extra Abril, 2003. Vol. LXIV N° 1.474. Páginas 12 – 17. [Acceso marzo 2014]. Disponible en: <<http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/64/1474/12/1v64n1474a13046745pdf001.pdf>>
22. Martínez Rodríguez, T: “Las buenas prácticas en la atención a las personas adultas en situación de dependencia”. Madrid, Informes Portal Mayores, N° 98. 2010. [Acceso marzo 2014]. Disponible en: <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/martinez-practicas-01.pdf>>
23. Reyes, C.: “Identidad y exclusión de la vejez en la sociedad globalizada”. 2003. Biblioteca Digital RAM. [Acceso marzo 2014]. Disponible en: <<http://www.redadultos-mayores.com.ar/buscador/files/EXCLU003.pdf>>

-
24. Huenchuan, S., Rodríguez-Piñero, L. Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección. Organização das Nações Unidas, CEPAL.2010. [Acceso marzo 2014]. Disponible en: openaccess.uoc.edu/webapps/o2/.../6/olimargoTFC-0612memoria.pdf>
 25. GRANDIS, A, GAGLIARDI, V, DELGADO, V, SAN MARTIN, L - “Talleres de Prevención de Pérdida de Memoria en el Asilo San José de la Río Cuarto”. Actas 5º Congreso Multidisciplinario de Salud Comunitaria del MERCOSUR”. Red Interamericana Investigación y Promoción de Bienestar Comunitario. Proyecto de Extensión Universitaria Promoción del Neuro desarrollo y el Bienestar Comunitario. – 2010. Universidad Nacional de San Luis. [Acceso marzo 2014]. Disponible en: <<http://www.saludcomunitaria.unsl.edu.ar>>
 26. Forttes, P. Consideraciones y estrategias para abordar el envejecimiento en sociedad. Construyendo Políticas Públicas para una Sociedad que Envejece, Expansiva y Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, Santiago de Chile, 2003. 7-38.
 27. Cerino, S. Compilación y síntesis bibliográfica - Cátedra de Salud Mental y Psiquiatría - Escuela de Enfermería - Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de Córdoba - 2012.
 28. Organización Mundial de la Salud. Revista internacional de salud pública : recopilación de artículos 2000 ; 3 : 29-40 [Acceso marzo 2014] Disponible en <<http://apps.who.int/iris/handle/10665/57994#sthash.NidrniXS.dpu>>
 29. OMS Concepto de Salud Mental Ginebra 2007. [Acceso marzo 2014] Disponible en <http://www.who.int/topics/mental_health/es>
 30. OMS. Guía para la rehabilitación basada en la comunidad (RBC) Ginebra 2003. [Acceso marzo 2014] Disponible en <<http://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/es>>
 31. Moffat A. Rehabilitación Social. 2012. [Acceso mayo de 2012] Disponible en: <<http://www.buenastareas.com/ensayos/Rehabilitacion-Social/4128141.html>>
 32. Oyosa Hernández Francisco E. La rehabilitación en salud mental Salud Tab 1995; 1(2-3) 85-87.
 33. Henderson, V. Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería. Edición: 1ª Edición. Suiza. Editado por el Consejo Internacional de Enfermeras. 1.971.P: 63 Consejo Internacional de Enfermera .Ginebra en el año 1961.

LA DIMENSIÓN SOCIOCULTURAL DE LAS PRÁCTICAS DE AUTOATENCIÓN EN SALUD EN UNA COMUNA DEL NORTE CHILENO. UN APORTE AL CONOCIMIENTO DE LA CULTURA DE SANACIÓN DE ORIGEN INDÍGENA.

Autores:

Carlos Madariaga.

Médico Psiquiatra.

Doctor (C) en Procesos Sociales y Políticos Universidad ARCIS.

Profesor Agregado Escuela Salud Pública, Facultad de Medicina Universidad de Chile.

E-mail: madariaga21@gmail.com

Patricia Viguera.

Enfermera Universitaria.

Doctora (C) en Antropología Médica y Salud Internacional Universidad Rovira i Virgili. España.

Académica Universidad Arturo Prat.

E-mail: patriciaviguerascherres@gmail.com

Vivian Gavilán.

Antropóloga.

Doctora (C) en Antropología Universidad de Tarapacá.

Jefa carrera Antropología Universidad de Tarapacá.

E-mail: viviangav@yahoo.com

Michel Parra.

Sociólogo.

Doctor (C) en Tecnología y Sociedad, Universidad de Salamanca, España.

E-mail: michpac@gmail.com

La dimensión sociocultural de las prácticas de autoatención en salud en una comuna del norte chileno.
Un aporte al conocimiento de la cultura de sanación de origen indígena

Equipo de trabajo.

El Equipo de Trabajo e Investigación en Salud Colectiva, ETISC, nace en el año 2006 a partir de una experiencia de atención en el sistema público en salud mental, situación que requirió de una mirada desde la interculturalidad. A partir de este hecho es que se plantea la necesidad de generar un equipo interdisciplinario combinando las áreas de la salud y las ciencias sociales como también los saberes de los profesionales universitarios así como los del sistema público de salud. A la fecha el equipo tiene una serie de publicaciones, presentaciones en congresos nacionales e internacionales y participación en proyectos. Se destacan las siguientes publicaciones:

- *Revista de Indias, España*. “La Sociedad y la Cultura Andina Contemporánea: Estudio de los Saberes para la Salud y la Enfermedad en los Pueblos Originarios del Norte de Chile.
- *Revista Index de Enfermería*. Granada, España. Significaciones y Práctica de Niñas y Niños Aymara desde 0 a 10 años.
- *Rivista italiana di studi americanistici Thule* n. 20/21 aprile/ottobre. La Diversidad Cultural Concebida como un Obstáculo para el Cumplimiento de Metas Sanitarias: El caso de la Comuna de Alto Hospicio en el Norte Chileno Reseña de Investigación.
- *Revista Chilena de Antropología Chungara*. Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas; Reseña Bibliográfica.
- *Libro Suma Kamaña*. Estudio y valoración de las prácticas de salud y enfermedad en las comunidades de origen indígena en la Provincia del Tamarugal.
- Libro Digital. Pauta de Crianza Aymara, *Estudio Significaciones, actitudes y prácticas de familias Aymara en relación a la crianza y cuidado infantil de los niños y niñas desde la gestación hasta los diez años*, Universidad Arturo Prat, Centro de Investigaciones para el Desarrollo del Hombre. FOSIS MIDEPLAN, 87pp.

Introducción a la experiencia: el mito de origen.

En sus más de 100 años de existencia, desde la antigua Casa de Orates de los tiempos en que la provincia de Iquique era peruana, hasta los inicios del tercer milenio, el ya consolidado Servicio de Psiquiatría del Hospital Dr. E. Torres G. de esta ciudad no había desarrollado una línea específica de estudio y trabajo en el campo de la interculturalidad, pese a que una parte no pequeña de sus usuarios representan ámbitos culturales particulares, grupos comunitarios con muy diversa pertenencia cultural: comunidades indígenas, inmigrantes transfronterizos de distinto tipo, colonias europeas y asiáticas de reciente incorporación a la sociedad local a consecuencia de las políticas de zona franca comercial e industrial y también a causa del importante auge de la gran minería del cobre, etc. Esta deficiencia producía un significativo

.....
impacto tanto en los enfoques teórico-metodológicos como en las praxis de salud mental y psiquiatría con las que se abordaba el manejo del paciente psiquiátrico en situación de crisis. La no consideración de los aspectos interculturales en la forma de presentación del enfermar de la mente y en las prácticas de sanación y autoatención con las que el equipo de salud y los pacientes participaban del proceso salud-enfermedad-atención aparecía como la quinta rueda de un interesante proceso que este Servicio ha vivido en el curso de los últimos veinte años: su participación protagónica a nivel nacional en el profundo proceso transformativo de la salud mental en Chile desde un modelo biomédico hacia uno comunitario.

Esta falencia fue puesta en evidencia dramática a mediados de la década pasada a partir de un caso clínico concreto, que puso en cuestionamiento las capacidades técnicas del sistema público de salud para enfrentar la dimensión cultural de la enfermedad mental. El desenlace del caso con resultado de muerte de un adolescente perteneciente a la comunidad Aymara del norte de Chile movilizó una profunda reflexión del equipo psiquiátrico que lo atendió dando curso inmediato a la conformación de un grupo de estudio y trabajo en el campo de la inter-culturalidad y salud mental, con la incorporación de antropólogas, sociólogos y enfermeras junto a psiquiatras y psicólogos. Este grupo, ETISC, a la fecha ha realizado varias capacitaciones en este campo a equipos regionales de salud mental del sector público lo mismo que docencia de post grado a nivel nacional para profesionales de la salud, intentado contribuir a la superación de la brecha existente en el trabajo intercultural en salud mental.

El caso clínico mencionado, dada la tremenda implicancia transformativa que ha tenido para los profesionales que tuvimos la responsabilidad de llevar a cabo el proceso terapéutico y la relación con la familia y con los sanadores tradicionales indígenas, lo hemos asumido como nuestro “mito de origen”, una experiencia fundante de una nueva etapa del desarrollo de nuestra teoría y praxis en salud mental y psiquiatría, de forma que hay para nosotros un antes y un después del fallecimiento del joven Aymara. En lo que sigue hacemos una presentación abreviada del cuadro clínico, que sirve de marco introductorio para nuestras reflexiones actuales acerca del enfermar y del sanar en el contexto específico de las redes públicas de salud mental de la Región de Tarapacá.

Caso clínico: Estatus Epiléptico en un joven Aymara de la región de Tarapacá y su manejo en el nivel terciario de atención.

A fines de enero de 2005 muere un joven de 18 años en su casa de Alto Hospicio. Una semana antes del deceso, su padre, su madre y sus abuelos paternos y maternos tomaron la decisión de pedir el alta al médico del Servicio de Medicina del Hospital E. Torres G. de Iquique, donde se encontraba en tratamiento neurológico. La madre argumentó que vieron

.....
decaer a su hijo lentamente, que no vieron mejoría alguna y que en las condiciones en las que se encontraba era mejor llevarlo a casa.

En la segunda semana de diciembre de 2004 el joven empieza a presentar mareos y comportamiento inadecuado, poca comunicación con sus familiares; su padre lo lleva a la posta de Pozo Almonte (comunidad rural), luego al Servicio de Urgencia del Hospital de Iquique y a la Clínica Tarapacá. En esta última (clínica privada) fue internado durante algunos días, ocasión en la que se practicaron algunos exámenes siendo dado de alta sin diagnóstico preciso y sin haber recuperado la salud. Las preocupaciones por su salud estaban comandadas desde la presencia de episodios de inconsciencia y de la aparición en las semanas previas de un cambio actitudinal del paciente y un comportamiento extraño, estimado ajeno a su personalidad y a su conducta habitual, como que algo nuevo estaba ocurriendo en su mente. En los últimos días se agregó la aparición de repetidos episodios convulsivos de tipo tónico-clónico que produjeron una alarma extrema en su familia.

Al examen físico de ingreso al hospital se constata la ausencia de signos patológicos de tipo orgánico, tanto generales como neurológicos y se dispone su ingreso al Servicio de Psiquiatría con diagnóstico de esquizofrenia en estudio, realizado por el médico de turno del Servicio de Urgencias. El médico psiquiatra describe en la ficha de ingreso a dicho servicio:

“Se enferma hace un mes, en los inicios se muestra retraído; se encierra en su pieza con el computador; donde selecciona imágenes satánicas”.

Al examen mental se pesquisa: *“autista, se alimenta en forma asistida; mirada fija, sub-estuporoso”*. Se plantea un diagnóstico “en estudio” y se proponen dos objetivos clínicos inmediatos: definir etiología y realizar un estudio de organicidad.

El padre del joven informa al médico que producto de la reciente muerte (la semana previa) de familiares directos el hijo se muestra sin reacción emocional alguna, lo que llamó la atención de sus seres queridos. Posteriormente empezó a presentar desmayos a repetición y ‘crisis de ausencia’ las que se empezaron a repetir cada vez con más frecuencia. Desde hacía dos semanas ya estaba presentando estas crisis, las que se acompañaban de mareos, estitiques y episodios de inconsciencia que el padre describe asociados a espumajeo bucal y contracciones de las cuatro extremidades. Se queja de dolor de cabeza mientras sigue muy absorbido por la televisión y el computador; aparecen alucinaciones auditivas y visuales. El día 28 presenta crisis de agresividad y episodios de agitación psicomotora franca lo que motiva su traslado al hospital. El padre agrega que desde el mes de julio de ese año su hijo había iniciado algunas prácticas extrañas, justo después de haber asistido a las fiestas religiosas de La Tirana: adorna su dormitorio con máscaras y se muestra muy interesado por temas satánicos.

El segundo día de internación en el Servicio de Psiquiatría se postula la hipótesis diagnós-

.....

tica de unas psicosis confusional de causa probablemente epiléptica en un sujeto que presentaba crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas a repetición y un cuadro de compromiso de conciencia entre las crisis. Una interconsulta realizada por el neurólogo el día 29 concluye lo siguiente: “*cuadro confusional asociado a crisis epilépticas recurrentes. Se plantea psicosis epiléptica*”. El estudio hematológico realizado en las primeras horas descarta la presencia de otras patologías. En vista de la rápida instalación de un cuadro convulsivo generalizado tónico-clónico, que se acompañaba de compromiso de conciencia pre y post ictal, con crisis a repetición, se practica punción lumbar la que descarta la presencia de procesos infecciosos del sistema nervioso central (líquido cefalorraquídeo sin alteraciones). Por indicación del neurólogo interconsultor se inicia tratamiento anticonvulsivante con fenobarbital vía parenteral en asociación con benzodiacepinas. El scanner cerebral no muestra alteraciones estructurales; el electroencefalograma estándar señala “*actividad de punta de presentación periódica en región central izquierda, propia de foco irritativo*”, lo cual da una confirmación electroencefalográfica de una disrritmia cerebral con foco de descarga epileptógeno.

El 2 de enero el psiquiatra anota la siguiente evolución, después de una nueva entrevista con sus padres:

“El 4 de diciembre se había graduado como egresado de enseñanza media; el día 6 fallecieron unos tíos y una prima en un accidente carretero; desde allí empezó con reacciones extrañas, se refugió en la música, colocando su equipo de música a muy alto volumen. A la semana siguiente presentó un primer episodio de agitación psicomotora con convulsiones tónico-clónicas y espumajeo bucal mientras estaba en su computador; se recuperó rápidamente de ese episodio sin presentar fenómenos extraños agregados. Al día siguiente, mientras veía televisión, presentó un segundo cuadro, similar al anterior. El tercer día se desencadena una nueva crisis convulsiva generalizada, de media hora de duración. Posteriormente se agregaron quejas en el sentido que estaba escuchando voces, sílabas, palabras en la mente, en los oídos y solicitó que lo llevaran al doctor. Desde allí ya se instaló en forma permanente un cuadro confusional de conciencia asociado a fenómenos alucinatorios auditivos y visuales. Me impresiona como un cuadro epiléptico con crisis tónico-clónicas generalizadas, con componente de epilepsia parcial compleja de inicio y posterior instalación de una psicosis confusa secundaria a este cuadro comicial”.

En esa misma evolución el psiquiatra agrega:

“La familia incorpora un enfoque interpretativo transcultural. Se trabajará en conjunto con ellos. Hoy viene su abuelo a hacer una primera ‘ceremonia de limpieza’ en el Servicio de

Psiquiatría, que se completará posteriormente con una segunda ceremonia en Colchane, en la misma vertiente donde el paciente habría tomado el mal que lo aqueja”.

El cuadro clínico no se modifica hasta el 7 de enero, ocasión en la que el psiquiatra tratante anota: *“El paciente prosigue convulsionando, en estado soporoso; hoy al examen se percibe hipertónico, escasamente reactivo a estímulos externos, tiende a agitarse por momentos; signos vitales estables, subfebril, CK persiste elevada”*. Luego de dejar indicaciones para el día, señala: *“Solicito a Neurología el traslado del paciente al Servicio de Medicina ya que se trata de una patología neurológica y no psiquiátrica, en situación de potencial riesgo vital, que requiere de manejo especializado”*. Ese mismo día es trasladado a Medicina Interna y queda a cargo de los neurólogos del establecimiento.

El relato de la madre:

“Mi hijo comenzó a comportarse de manera extraña. No hablaba y se encerró en su pieza. Pensamos que estaba triste por el accidente de su tía. Era el primogénito y el primer nieto paterno, muy cercano a la tía que falleció... Un día comenzó a escuchar voces y tuvo ataques. Cuando se enfermó, los primos dijeron que unas semanas antes del accidente de su tía, cuando subió a ver a su abuelita, estuvieron jugando en la vertiente de Jalsuri, en Pueblo Isluga. Como joven criado aquí, no sabía nada de esas vertientes, de esos lugares malos. Estuvo jugando, dice que metió el brazo ahí en esta vertiente, hembra. Ese dicen que es brava, es sereno hembra joven todavía. De ahí agarró ese sereno. Con agarradura sabe estar. Mi tía le vio y dijo agarradura sabe ser. Mi papá también dijo así. Ya vino a curarle mi tía, con yerbas le bajó la fiebre aquí en el hospital. Mi papá también vino a curarle pa’ que se aliviara y dijo que había que ir al vertiente con un yatiri y matar un llamo. Si hubiéramos sabido que el chico esta jugueteándose con ese, al tiro hubiésemos hecho remedio, ¿no ve? Pero ignorantes estábamos”.

Cuando acompañábamos al joven en la sala del hospital, el padre nos comenta:

“A la vista está. Ese sereno es jodío. Sabe tener hambre de sangre, de sexo. Le gusta gente joven, se lleva ese demonio a gente joven. Mucho está luchando mi hijo. Ese demonio sabe querer comer y él no quiere dejarse llevar. ¿Ve como está peleando pa’ que no se lo coma? Vinieron a curarle ya dos veces, una señora y mi suegro. Ahora estamos esperando curarle con yatiri. Dicen que hay un yatiri chipaya muy bueno, es muy nombrado. Ese mandamos a buscar pero todavía no puede. Nos costó ubicarlo. Traerlo nos costaba como \$250.000”.

Durante los últimos días hospitalizado el sujeto es atendido por los neurólogos en el Servicio de Medicina del hospital, obteniéndose una yugulación parcial de las crisis y una moderada recuperación del cuadro confusional de conciencia, sin lograr, sin embargo, una recuperación satisfactoria. Esto último movilizó a sus padres, quienes, insatisfechos con la evolución de su estado de salud, incentivados además por los abuelos, solicitaron su alta y se lo llevaron a su domicilio en Alto Hospicio y luego a Pozo Almonte, donde vive su abuela paterna. La familia practica la religión evangélica y lo llevaron al templo. Fallece en Pozo Almonte a los pocos días de haber sido dado de alta. Su madre relata que su salud no mejoró en absoluto en esos días, su conciencia se comprometió progresivamente lo mismo que “el descontrol del cuerpo”; gemía cosas que la familia atribuye al poder de Siren T’alla, quien lo tenía en sus brazos totalmente comido. No sabemos qué sucedió con la toma de sus fármacos, aunque los abuelos estaban convencidos que estos productos lo único que hacían era alejar al nieto del camino que estaba destinado a seguir.

Justificación.

Entre las acciones que realiza el Estado chileno como parte de las políticas de reconocimiento de los pueblos originarios se halla el diseño de programas y de normativas en salud que se han designado como interculturales. La apropiación de este concepto por parte de la institucionalidad pública se dirige a especificar políticas buscando administrar las demandas de los pueblos originarios.¹ Sin embargo y a pesar de sus pretensiones de respetar la diversidad cultural y de resolver las desigualdades sociales en salud, están lejos de alcanzar estos propósitos en el Ande chileno. Es interesante observar cómo el Estado gestiona la diversidad cultural, entendiéndola en un sentido restrictivo como la presencia de población indígena. En sus propuestas subyace la idea que cultura es igual a pueblo y presuponen una cultura monolítica y homogénea en la colectividad que se adscribe étnicamente al pueblo Aymara. Estos postulados no difieren de aquellos que han sostenido los dirigentes de esta colectividad, quienes reivindican diferencias culturales legítimas. Pero, en tanto movimiento político, tienden a esencializar la cultura con la finalidad de fortalecer la identidad étnica y configurar un grupo cohesionado. Postulan la existencia de una cultura andina en oposición a la cultura occidental, transformándola en una ideología. Las “diferencias culturales” construidas por los líderes para reafirmar la alteridad étnica sirven para cuestionar las relaciones de poder y las desigualdades sociales en las que se desenvuelven sus vidas.

En el campo de las políticas públicas es el modelo biomédico el que predomina. Aunque la institucionalidad internacional ha cuestionado su hegemonía y evidenciado sus desventajas proponiendo su reemplazo por un modelo biopsicosocial, en la práctica resulta difícil tras-

.....

cender la biologización del sujeto destinatario y transitar hacia una concepción del individuo como sujeto social determinado por sus condiciones socio-históricas. Una consecuencia de ello es que la exigencia de avanzar a una medicina basada en evidencias, solo cabe para el individuo biológico. Aún más lejos se está del hecho histórico de la biología como institución producida social y culturalmente. Pero este argumento no es suficiente para entender por qué para el Estado chileno el enfoque intercultural en salud es igual al reconocimiento de un sistema médico indígena sin conocerlo y sin reconocer la cultura en salud presente en los programas sanitarios. Junto con continuar con políticas asistencialistas y asimilacionistas, constituye una forma de gestionar las demandas étnicas y la pobreza en un modelo económico neoliberal, pues la salud es un bien que se tranza en el mercado. Frente a la creciente reducción del gasto público en salud, los pobres y étnicos merecen ser subsidiados y disciplinados como ciudadanos pasivos. Así, la interculturalidad es entendida como realidad indígena a gestionar para cumplir con los compromisos políticos nacionales e internacionales, bajo los preceptos ideológicos de los grupos de poder.

Podemos preguntarnos ahora cuáles son las respuestas que dan las ciencias sociales a las siguientes interrogantes ¿Cuál es la cultura en salud de los pueblos de origen indígena?, ¿Es posible hablar de una cultura en salud en los grupos que se adscriben a los pueblos originarios? ¿Existen sistemas híbridos, mestizos o sincréticos? Y si es así, ¿En qué consisten, y como se articulan las diferentes tradiciones? En realidad, son aún problemas pendientes o a lo menos en desarrollo. En este trabajo nos proponemos avanzar en este sentido. Se trata de resultados de investigación acerca de las prácticas de autoatención en un grupo de personas que se adscriben étnicamente al pueblo Aymara, pero no aisladamente sino en el contexto de un territorio compartido con otras colectividades socioculturales con quienes conviven diariamente, en una comuna urbana de reciente configuración en el norte chileno. Puesto que asumimos que la sociedad y la cultura Aymara son heterogéneas, partimos por investigar un estrato socioeconómico a fin de observar semejanzas y diferencias con colectividades que declaran no pertenecer a este grupo étnico, pero que al mismo tiempo configuran la diversidad cultural de ese segmento socioeconómico. Como punto de partida abordamos las prácticas de autoatención que son invisibilizadas por el sistema sanitario. Nos interesa problematizar la dimensión sociocultural de las prácticas en salud con la finalidad de contribuir a la discusión de la cultura de origen indígena en un contexto de modernización planificada, intentando trascender la discusión teórica y explorando caminos en búsqueda de soluciones a los problemas de salud de los sectores postergados de nuestro continente. Con esta visión trabajamos profesionales de la salud y de la cultura, a partir de una concepción histórica de la misma para proyectar una nueva planificación de la Atención Primaria en Salud (APS).

El texto parte por entregar antecedentes sobre el estudio de la medicina andina. Con la finalidad de contextualizar los datos recogidos describimos el marco metodológico y posteriormente se presentan los resultados, para terminar con algunas reflexiones finales.

Marco teórico.

Gundermann y González² afirman que la medicina andina o el conjunto de conocimientos, prácticas, actores y sistemas médicos en el norte grande de Chile podría ser uno de cuatro temas de un posible programa de investigaciones sobre la cultura andina regional, dirigido a llenar un vacío actualmente existente en este ámbito. Argumentan que se trataría de prácticas culturales institucionalizadas que habrían mantenido una notable continuidad, aún cuando éstas se han transformado y complejizado mantendrían una considerable fidelidad cultural. Ya en la década de los 80, María Ester Grebe³ propuso la existencia de dicha continuidad y estabilidad en los modos de observar, conocer y representar el mundo que rodea a los pueblos originarios. Argumentó que sus patrones cognitivos y simbólicos persisten aún después de cuatro siglos de conquista y colonización a pesar de factores geográficos, históricos, sociales y lingüísticos que inciden en la generación de influencias contrarias, las cuales podrían haberlos debilitado o destruido. Una posición radical la hallamos entre quienes sostienen que existiría un sistema de salud Aymara y un sistema occidental cosmopolita o moderno en franca oposición y que la vigencia del primero sería una prueba de la resistencia cultural de los andinos frente al sistema biomédico. Existirían diferencias que dan lugar a choques culturales entre dos sistemas de salud.⁴ J. van Kessel ha argumentado que el sistema económico y cultural dominante socava permanentemente los saberes y tecnologías médicas de los Aymara; aún así, persistiría la unidad cuerpo-cosmos. Para este autor, el *ayllu* y la familia representa la concreción del cosmos andino por lo cual su estudio es importante para entender la concepción de salud-enfermedad y el ritual terapéutico. Sostiene que la enfermedad era y sigue siendo importante no por sí misma sino por su significación espiritual, trascendental; tendría tres dimensiones: la ética, la religiosa y la social. Las causas de la enfermedad y, por lo tanto, el método de curar, se encuentran en lo espiritual y lo sobrenatural. Aunque en su nosología habría que pensar en enfermedades somáticas, psicosomáticas, endémicas y epidémicas, en su terapia hay que incluir no solo los fármacos, dietas y demás elementos de una tecnología médica positiva y empírica, sino también su ambientación social, su montaje ritual, sus elementos psicológicos y su sistema comunicativo que incluye a curandero, enfermo, parientes y divinidades.⁵ Asimismo, Guerrero⁶ estudia el acto médico en su dimensión simbólica y compara la medicina andina (expresada en el agente principal, *yatiri* en lengua Aymara) con la medicina pentecostal (expresada en su líder, el pastor). La continuidad de

.....
la tradición se observaría en los elementos simbólicos de la curación de las enfermedades, pues concurren elementos mítico-religiosos derivados de una particular interpretación de la Biblia. En tanto que la ruptura se observaría en diferencias basadas en horizontes culturales e ideológicos distintos, las que se plantean en el ámbito de la etiología, la formación de los agentes sanadores y la naturaleza de los tratamientos (el pastor utiliza la Biblia, el *yatiri*, utiliza hierbas). Concluye en que el estudio comparativo entre ambos agentes muestra que se trata de una transición de la praxis médica, pero praxis que mantiene sus raíces en la cultura andina.

Se ha propuesto también que los andinos combinan su propio sistema médico con la medicina moderna, conviviendo paralelamente o articulándose allí donde son compatibles. Chamorro y Tocornal⁷ estudian la medicina atacameña y ratifican la idea de Kessel y Guerrero al postular que la religiosidad cumple un rol fundamental en el itinerario terapéutico. La salud se restituye a partir de la fe, misma que estaría presente en el uso de la medicina moderna. La fe sería el elemento que vincula a la biomedicina con el modelo propiamente atacameño. Siguiendo la propuesta de Foster, las autoras sugieren que ambos modelos coincidirían en la concepción de las enfermedades “naturalistas” basadas en el modelo hipocrático del cuerpo y el entorno. Concluyen que la ontología del cuerpo y del ambiente se encuentra más cerca de la relación con el medio y las tradiciones propias del mundo andino que de la conceptualización de la vida y la muerte presente en el modelo médico basado en la biomedicina. En tanto que las enfermedades “personalistas y emocionales” se tratan preferentemente por la medicina tradicional atacameña, debido al componente mágico-religioso que involucra el tratamiento. Por su parte, G. Fernández encuentra en las comunidades de Bolivia una cosmovisión andina de la salud que convive con la biomedicina. Esta última es indicada por los *yatiris* cuando éstos comprenden que no pueden tratarlas y deben ser derivadas al médico. Postula que para los Aymara el objeto de atención no es el paciente o el órgano enfermo aislado del resto del cuerpo y de sus relaciones familiares, del mundo natural que los circunda, al contrario, le interesa la persona íntegra, física, social, cultural, en consonancia con la memoria histórica y con sus relaciones comunitarias. Las enfermedades se producen por el descontento de los seres tutelares hambrientos a los que no se les ha alimentado con el *ayni* culinario, mesas, rituales, libaciones bajo el principio de reciprocidad. Se producen enfermedades por estar en lugares fuertes o en malas horas (*saxra ura*).

Con algunos matices, la mayoría de los autores exponen datos etnográficos similares, sin embargo difieren en sus interpretaciones. Vemos, por una parte, cierta tendencia a enfatizar en la permanencia de principios precolombinos, olvidando los cambios y los efectos de los procesos de colonización cultural en el que las comunidades indígenas se inscriben. Un ejemplo de las discontinuidades es la existencia del *ayllu* como entidad corporativa que agrupa a

.....
varias unidades domésticas. En el caso de las comunidades del norte chileno, si bien se halla presente en la memoria, no tiene existencia real y no cumple funciones a nivel de la organización. Los cambios ocurridos han llevado a un incremento de la autonomía y el poder de las unidades domésticas y de las parentelas inmediatas.⁸ En relación a las formas de autoatención en salud, el uso creciente de medicinas de la industria farmacéutica y en el orden de los fundamentos epistémicos la incidencia de los procesos de secularización generados por el aumento de las tasas de escolarización. Por otro lado, la literatura muestra cierta tendencia a estudiar el fenómeno de la salud en su dimensión simbólica como resultado de investigaciones sobre religiosidad, lo cual resta importancia al estudio de la misma en su dimensión material, que junto a la inmaterial, opera en el concepto de salud en la tradición andina. Esta relación cuestiona la clasificación de las enfermedades en naturalistas y personalistas, ya que ésta tiende a reproducir un dualismo etiológico entre una “naturaleza” y un dominio “mágico-religioso” que reduce cualquier agencia social a un fenómeno mágico y asimila toda idea de “naturaleza” a un modelo humoral hipocrático desconociendo las especificidades de la ontología andina.⁹

Las y los dirigentes Aymara proponen que existirían “dos sistemas de salud: uno moderno y el Aymara tradicional”. Caracterizan a la medicina Aymara “como religiosa-deísta, puesto que explicaría el fenómeno salud-enfermedad en términos religiosos. La salud depende de la armonía que debe ser mantenida entre la persona y los dioses, la naturaleza y el hombre, el enfermo y la familia, la familia y la sociedad. El cese o la ruptura de esa armonía conllevan a la enfermedad como castigo de su mal proceder y comportamiento”. En este sentido, “el médico Aymara (*yatiri, qulliri, jamp'ikuq*) debe primero ayudar a re-establecer esa armonía perdida mediante los ritos para luego curar al enfermo con la administración de potajes de hierbas medicinales que se encuentran en el medio”. Agregan “que se podría decir que la medicina Aymara es más integral y reintegradora de los miembros de esa sociedad. Por el contrario, la medicina moderna o científica a pesar de su eficacia reconocida no resuelve todos los problemas de salud, pues existen muchas enfermedades que sólo pueden ser curadas por medios tradicionales, tales como las enfermedades psicosomáticas que no tienen hasta ahora una explicación científica: el susto, *Katja, Jallpa, Jap'isqa*, etc.”.¹⁰ Esta perspectiva binaria no deja ver el desarrollo histórico de la medicina en occidente. La medicina moderna equivale a biomedicina y medicina tradicional equivale a cultura de sanación indígena.^a Este pensamiento ahistórico no deja ver los procesos de dominación que se intentan denunciar conduciendo a la defensa de una medicina tradicional *folklorizada*, dejando de lado las inequidades en salud que afectan a la población de origen indígena contemporánea.

Los resultados de esta investigación muestran continuidades y discontinuidades en las

.....
prácticas médicas y evidencian que sus bases teóricas -como cualquier otra actividad de los sujetos que hoy se adscriben étnicamente- están sujetas a transformaciones. En realidad, el conocimiento de cualquier sistema médico y sus fundamentos ontológicos y epistémicos depende de los conceptos de sociedad y cultura que asumamos. Tanto indígenas como no indígenas formamos parte de los procesos socio-históricos que han ocurrido en este territorio.

En este sentido, es preciso tomar cuenta que los dirigentes se han apropiado de los estudios sociales regionales que representaron la sociedad y la cultura de origen indígena al margen de los cambios dirigidos por el Estado y el mercado.¹¹

Los datos acopiados apoyan la tesis de R. Bastide la cual señala que en contextos de modernización planificada la cultura está en permanente cambio. No habría -de un lado- culturas puras y -del otro- culturas mestizas. Todas por el hecho universal de los contactos culturales son “mixtas”, hechas de continuidades y discontinuidades. La discontinuidad cultural debería buscarse más en el orden temporal que en el orden espacial. Cuche propone que a menudo hay mayor continuidad entre dos culturas que están en contacto prolongado que entre los diferentes estados de un mismo sistema cultural tomado en momentos distintos de su evolución histórica.¹² Este ángulo de mirada coincide con lo señalado por E. Menéndez, esto es, que la “medicina tradicional” no debiera ser analizada “en sí”, sino referida al sistema cultural dentro del cual el grupo utiliza un espectro de representaciones y prácticas producto no solo de dicha “medicina”, sino de un conjunto de saberes que redefinen continuamente el sentido, significado y uso de la misma. Ello implica asumir una perspectiva relacional, es decir, analizar el sistema de representaciones y de prácticas que opera en un grupo determinado en su trato con el enfermo, ya sea referido a un padecimiento tradicional como el “empacho” o a una enfermedad definida en términos alopáticos como la gastroenteritis. Ello permitiría observar los procesos de síntesis, de yuxtaposición o de exclusión de prácticas y representaciones procedentes de diferentes saberes, pero que, en los conjuntos sociales, se organizan de una determinada manera. Es en la descripción y análisis de estos procesos relacionales que observaremos el lugar que ocupan lo “tradicional” o lo “científico”. De esta manera, las interpretaciones y usos del “saber médico tradicional” debería ser estudiado en su relación con el proceso salud-enfermedad-atención asumido, y no solo en términos de continuidad/discontinuidad cultural, sino en el contexto del abatimiento/no abatimiento de los daños a la salud, dadas las condiciones negativas que operan sobre la salud, la enfermedad y la muerte en los grupos indígenas americanos.¹³

Objetivos de la investigación.

El propósito de la investigación fue documentar con información empírica la diversidad de

prácticas en salud presentes en localidades en las que interviene de manera principal la “Atención Primaria en Salud” (APS), con el objeto de insistir en la necesidad de incorporarlas en su diseño. Así como describir y analizar las prácticas de autoatención en una comuna del Norte Grande Chileno, con el objeto de incorporarlas en el diseño de los programas de salud.

Dos objetivos orientaron el estudio:

- Describir las prácticas para la salud-enfermedad-atención de los destinatarios del programa del adulto del Consultorio de Atención Primaria de Alto Hospicio Dr. Pedro Pulgar, diferenciados culturalmente.
- Identificar las modalidades de interacción entre los/las profesionales del equipo de salud del Consultorio Pedro Pulgar y la población destinataria del Sistema de Atención Primaria en la Comuna de Alto Hospicio.

Metodología.

A partir de este marco teórico exploramos las prácticas para la salud y la enfermedad en la comuna de Alto Hospicio. Nos interesó comparar grupos socioculturales diferenciados en un mismo estrato socioeconómico. Esto explica la elección de esta localidad, pues se trata de una entidad administrativa de reciente configuración como resultado de invasiones de familias sin vivienda y sin empleo de todo el país. La estrategia asumida para aproximarnos a la diversidad sociocultural de la población residente fue conocer la procedencia de los inmigrantes a través del último censo. Se distinguieron cuatro colectividades considerando dos criterios: procedencia geográfica y auto-adscrición. De este modo los grupos fueron: Aymara; nortinos que declaran no ser descendientes de los pueblos originarios;^b inmigrantes peruanos y bolivianos; e inmigrantes de regiones del centro-sur del país.

Se aplicó una entrevista semi-estructurada para controlar variables socioeconómicas y para explorar las representaciones y las prácticas en torno a la salud. La muestra fue constituida por 49 personas de entre 30 y 60 años de edad, con enseñanza básica y media y equiparadas en términos de mujeres y hombres. Tanto el acopio de información como su análisis siguieron el concepto de autoatención propuesto por E. Menéndez, vale decir acciones de diferente tipo que las personas y sus grupos de referencia despliegan frente a sus malestares. Consideran el auto-diagnóstico, las explicaciones sobre el enfermar y diversas formas de autoatención y prevención, sin la intervención directa de curadores profesionales; incluyendo la automedicación.¹⁴ Para la sistematización y análisis de los datos se utilizó un software para datos cualitativos.^c Se codificaron los segmentos de las entrevistas siguiendo los argumentos entregados por las personas y se ordenó la información de acuerdo a criterios de interés para la planificación de la APS a nivel local.

Resultados de la Investigación.

Se identifican dos estrategias basadas en saberes y experiencias compartidas por las personas en su entorno familiar y comunitario: tratamientos y sanaciones; prácticas preventivas.

1. Tratamientos y sanaciones:

Son acciones dirigidas a mejorar y aliviar malestares en el cuerpo y a efectuar sanaciones que no corresponden a categorías mórbidas, sino a otras formas de padecimiento humano que no pueden concebirse como procesos patológicos. Se trata de calmar dolores o sufrimientos, mitigar o consolar, lo que incluye evitar la muerte. Los tratamientos comprenden insumos naturales y biomédicos. Las sanaciones consideran también dos tipos de acciones; por una parte, aquellas que apelan a las divinidades a fin de resolver padecimientos no mórbidos y, por la otra, apelan al poder divino para obtener curación de una enfermedad física o psíquica (ver tabla N° 1 en anexo).

Si bien las infusiones de yerbas medicinales son utilizadas en todos los grupos, es en el grupo Aymara que se observa un vasto conocimiento de especies regionales y dos principios que organizan su consumo: frío/cálido y hembra/macho, cuya finalidad es mantener el equilibrio de la temperatura corporal y buena circulación. Tanto en el grupo de inmigrantes transfronterizos como en el de norte no indígena se utilizan algunas de ellas, pero solo entre los primeros se registran los principios.^d Estas especies no son mencionadas entre los entrevistados de la zona centro-sur. Las yerbas de uso común en Chile aparecen en todos los grupos, pero solo en los Aymara siguen los principios clasificatorios antes mencionados. Asimismo, en este grupo y en el de los inmigrantes se registran brebajes cuya aplicación exige rituales particulares, en tanto que en los otros grupos se inscriben en contextos más seculares; esta relación brebajes/rituales es un indicador de una mayor cercanía respecto de las bases ontológicas y raíces históricas de estas terapias.

Entre los Aymara se visibilizan conocimientos que sugieren un conjunto de significaciones y representaciones que no se agotan en lo concreto de la sustancia sanadora sino que se proyectan sobre una cierta manera de entender el enfermar y el comportamiento del cuerpo. Proponen a la naturaleza más directamente como la oferente de elementos de cura, que ligan la enfermedad con la tierra, con los productos de la tierra, sean estos animales o vegetales, lo cual se hace más nítido en los tratamientos físicos. Aquí hay una mayor diferencia de saberes y una mayor riqueza técnica. Los significados y las representaciones de estos procesos de curación son más extensos e intensos. Estos tratamientos físicos exigen el contacto directo y sin mediaciones con la corporalidad. Llama la atención entonces el hecho que esto casi no se registra en los otros dos grupos.

Los cuatro grupos hacen un diversificado uso de fármacos convencionales, particularmente analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos, antibióticos, espasmolíticos y antiácidos. Obedecen a una lógica biomédica adoptada por todos los grupos para lo cual se requiere de un cierto saber básico de medicina científica, pues están dirigidos a categorías sintomáticas de alta prevalencia cotidiana como: cuadros dolorosos de todo tipo, procesos inflamatorios, cuadros infecciosos, problemas (principalmente dolorosos y dispépticos) del aparato digestivo.

En el orden de las sanaciones (tabla N°2), las prácticas mágico-religiosas se registran en tres de los cuatro grupos y se orientan a etiologías igualmente mágico-religiosas. Entre los Aymara y los inmigrantes transfronterizos se observan rituales específicos que acompañan a la actividad diaria de trabajo o a los padecimientos nombrados como *susto*, *agarradura* o *pena*. En el grupo norte no indígena se recurre a la virgen de la Tirana o a San Lorenzo para apelar a sus poderes divinos con el objeto de lograr efectos de curación en el sentido biomédico. En este caso, se observa mayor fragmentación entre espíritu y cuerpo, el sufrimiento o el padecimiento se distancia más del cuerpo y por lo tanto de la salud.

2. Prácticas preventivas:

Las prácticas preventivas constituyen una segunda estrategia de autoatención. Se trata de acciones de autoprotección frente al riesgo de enfermar. Para las personas y sus grupos forman parte del proceso de autoatención pues se interviene atendiendo al síntoma al mismo tiempo que previniendo enfermedades. Se agruparon en tres tipos: con fundamentos naturales (tabla N°3), biomédicos (tabla N° 4) y desarrollo emocional y afectivo (tabla N° 5).

Un aspecto común a todos los grupos es la consideración de una buena alimentación, entendida como restricción de comidas que pueden ser dañinas si se consumen en abundancia. Se percibe así la acción educativa de los equipos de atención primaria relacionados con programas de hipertensión arterial, diabetes e infarto al miocardio. Se observa un discreto matiz entre los grupos. En el norte no indígena y centro sur las personas tienden a manifestar una mirada restrictiva, propia de las instrucciones médicas. En tanto que en el grupo Aymara y el de inmigrantes transfronterizos se observa cierto goce por los alimentos que ofrece la naturaleza. El ejercicio físico es una práctica necesaria para mantener la salud en todos los grupos. El trabajo es pensado como actividad que dinamiza el ejercicio corporal. Es entre los Aymara y transfronterizos que se concibe como un aspecto clave para alcanzar un estado de plenitud. El cuidado del cuerpo y evitar los vicios es para todos un aspecto importante para mantener la salud.

Entre los fundamentos biomédicos se ve que los hábitos higiénicos personales y del medio circundante contribuyen a preservar la salud. La ausencia de este elemento en el grupo

.....
del centro sur podría comprenderse por la naturalización que se realiza de ellos. Los controles médicos periódicos son mencionados como acción para prevenir enfermedades. Su ausencia entre los transfronterizos puede estar asociada a las dificultades que tienen de acceso al sistema de salud público tanto en Chile como en sus países de origen.

Las actividades dirigidas al desarrollo emocional y afectivo se relacionan directamente con la pertenencia y contención en redes primarias y secundarias. En este sentido es notable la fuerza que adquieren en el grupo Aymara y en el de los transfronterizos, en tanto que se debilitan en los otros dos grupos. Tres de los cuatro grupos admiten la necesidad de un acercamiento a Dios. La Fe o la espiritualidad contribuyen a enfrentar malestares y enfermedades, con excepción del grupo centro sur. Ayudan, también, a distanciarse moralmente de los vicios que enferman como el alcohol y las drogas. El grupo Aymara enuncia la dimensión ética como parte de la salud, lo que permite avizorar un concepto diferente de sanidad. El bienestar se asocia a valores, a una buena convivencia con los vivos, antepasados y divinidades. Finalmente, aspectos de la afectividad y subjetividad son también necesarios para lograr tranquilidad interna y equilibrio.

Reflexiones finales.

Al estudiar un sector poblacional homogéneo socioeconómicamente pero diferenciado socioculturalmente y compartiendo un mismo territorio podemos observar las influencias que se producen entre unos y otros. No hay prácticas de autoatención de origen indígena pura y otras mestizas-occidentales. Las diferentes tradiciones presentes son apropiadas por los grupos como estrategias para lograr bienestar. En los grupos cercanos a las tradiciones originarias se perciben principios clasificatorios basados en un conocimiento del cuerpo biológico que en los grupos más alejados de las mismas no están presentes. En éstos, el cuerpo parece no ser un campo de experimentación vivencial consigo mismo o con otro; como si el espacio corporal y sus defectos le correspondieran a otros o bien, como fuente de exploración de instrumentos o intervenciones tecnológicas propias de la medicina moderna. La causalidad biológica en el enfermar prioriza la búsqueda de sanación en los consultorios, en los boxes médicos o en otras formas de autoatención asociadas a este modelo. Ello tiende a invisibilizar otras formas del malestar social e individual, otras formas de sufrimiento o a posicionarlos en otros ámbitos; no precisamente de curación o sanación sino en aquel puramente religioso o místico ubicado en la práctica de iglesia e inscrito en la relación del sujeto con Dios y no con la salud. De esta manera, el grupo que declara no descender de los pueblos originarios expone una separación más tajante entre el cuerpo y el mundo espiritual.

Por otra parte, la riqueza de estrategias para mantener o restaurar la salud entre los Aymara

.....

muestra un modelo vinculado a una determinada concepción del cuerpo en su materialidad que debe ser investigado en profundidad. El conocimiento del medio ambiente y del funcionamiento del organismo parece entregar mejores y mayores herramientas. Añaden prácticas biomédicas que se yuxtaponen a aquellas orientadas por los principios clasificatorios tradicionales. Hace falta mayor información para evaluar cómo se va produciendo la evolución de éstos últimos y como se van apropiando de la biomedicina. Existen antecedentes históricos regionales que contribuyen a pensar que las diferencias socioculturales entre los grupos se entienden en un proceso de secularización diferida.^e Esto implica que en la medida en que se va produciendo la separación entre cuerpo y cosmos la biomedicina halla un campo fértil para su desarrollo. Los datos muestran que allí donde hay una mayor cercanía con ésta existiría escasez de recursos propios para mantener la salud y/o enfrentar malestares haciéndolos más dependientes del sistema público de salud. Al restringir las estrategias de autoatención presentan una menor capacidad para construir espacios de saber/poder que les permita actuar en el devenir del proceso salud-enfermedad y, de este modo, arriesgan a un funcionamiento colectivo más disperso y errático frente al mismo. Si esta característica se contemplase a la hora de diseñar políticas y programas de salud con pertinencia cultural se podría potenciar su participación e involucramiento en dichos programas.

La investigación empírica es clave para no presuponer una cultura de sanación indígena exótica y extemporánea. Asimismo, se precisa estudiar la heterogeneidad al interior de la colectividad Aymara, lo cual puede realizarse controlando los niveles de escolaridad. Y, para enfrentar la diversidad cultural es necesario considerar las diferentes culturas de sanación y sus relaciones de poder presentes en un mismo espacio social. Entre éstas cabe destacar aquellas presentes en el actual sistema de salud en Chile.

Bibliografía:

1. Informe de la Verdad Histórica y Nuevo Trato [En línea] 2004 [fecha de acceso 20 de octubre de 2010]. URL disponible en: <http://biblioteca.serindigena.org/libros_digitales/cvhynt>
2. Gundermann, H. y González, H. Sociedades indígenas y conocimiento antropológico: Aymaras y Atacameños de los siglos XIX y XX. *Chungara* 2009; 41 (1): 113-164.
3. Grebe, M.E. *Culturas indígenas de Chile: un estudio preliminar*. Santiago, Editorial Pehuén, 1998.
4. Arnold, D. y otros. *Vocabulario Aymara del parto y de la vida reproductiva de la mujer*, La Paz, Instituto de Lengua y Cultura Aymara y Family Health International, 1999.
5. Kessel, J. Ayllu y ritual terapéutico en la medicina andina. *Chungara*, 1983; 10: 165-176.
6. Guerrero, B. Medicina andina y medicina pentecostal en los Aymaras del norte grande de Chile: del yatiri al pastor. *Chungara* 1995; XXVII (2): 153-165.
7. Chamorro, A. y Tocornal, A. Prácticas de salud en las comunidades del Salar de Atacama: hacia una etnografía médica contemporánea. *Estudios Atacameños*, 2005 30: 117-134.
8. Fernández, G. Ajayu, animu, kuraji. La enfermedad del “susto” en el altiplano de Bolivia. En Gerardo Fernández, (comp). *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito, Ecuador Ediciones Abya-Yala, 2004: 279-303.
9. Augé, M. *L’anthropologie de la maladie*. Paris, L’Homme; 1986.
10. Informe de la Verdad Histórica y Nuevo Trato [En línea] 2004 [fecha de acceso 20 de octubre de 2010]. URL disponible en: <http://biblioteca.serindigena.org/libros_digitales/cvhynt>
11. Gundermann, H. y González, H. Sociedades indígenas y conocimiento antropológico: Aymaras y Atacameños de los siglos XIX y XX. *Chungara* 2009; 41 (1): 113-164.
12. Cuche, D. *La noción de cultura en las ciencias sociales*. Buenos Aires, Ed. Nueva Visión; 2002.
13. Menéndez, E. La enfermedad y la curación ¿Qué es la medicina tradicional? *Alteridades* 1994; 4 (7):71-83.
14. Menéndez, E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Colectiva* 2003 (1): 185-207.
15. Ramírez, S. Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad. Los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano. *Avá* 2009 14:190-212
16. Wormald, A. *Historias Olvidadas del Norte Grande*. Universidad Católica. Santiago. 1972.

Referencias:

- a S. Ramírez informa que en Bolivia se tiende también a reducir la diversidad cultural en salud a la biomédica y cultura tradicional; asociando la primera a la cultura occidental y la segunda a la indígena, como si ambas constituyeran sistemas culturales aislados exteriormente y homogéneos interiormente. De esta manera se niega la existencia de la heterogeneidad cultural dentro de la biomedicina y, también, dentro de la de la medicina tradicional.¹⁵
- b Agrupamos aquí a todas las personas que se consideran del norte del país, tomando como referencia a las localidades comprendidas entre Arica y Ovalle.
- c Nos referimos al MQDA 2007.
- d Se observa la estrecha relación existente entre Aymara y no indígenas conviviendo en un mismo territorio, intercambiando prácticas, pero desde diferentes marcos epistémicos.
- e Wormald informa que las recetas de los médicos de Arica en el siglo XVIII incorporaban sustancias tales como aceite filosófico, aceite de lagarto, ojos de cangrejos, enjundia de gallina, aceite de espíritu de lombrices, etc.¹⁶

Anexo:

Tabla N° 1: TRATAMIENTOS.

GRUPOS	TRATAMIENTOS NATURALES					TRATAMIENTO BIOMÉDICO	
	Infusiones con Hierbas Medicinales		Brebajes Naturales		Tratamientos Físicos		
	Hierbas Andinas	Hierbas de uso Común	Elementos Andinos	Elementos de uso común			
Norte Aymara	Popusa para cólicos; Guacatay para la digestión y el dolor de cabeza; Rica Rica para el resfrío; Lampaya para los ríñones; Colen para el parto; Mate de Coca; Ruda con Molle, "Amosmascar para el aire (un día hembra otro día macho)"; Chachacoma para la puna y los dolores menstruales; Tola para adelgazar; Quipatola; Yareta.	Té verde; Agüita de apio; Pelo de caballo; Yaneni; Hierba buena; Romero; Anis con hojas de coca y té.; Ruda para los cólicos.; Jura.	Lagarto seco, molido con Visa Visa para lastimadura interna.	Aloe Vera. Jugo de Noni. Ajo con vino hervido. Popusa con orina del marido hervida para el dolor de vientre.	Parche de lagarto seco molido y clara de huevo para lastimadura. Sobadura con pomada Boliviana. Serpiente molida para bajar la temperatura. Ungüentos y pomadas de Chachacoma, cola de caballo, tola y hojas de Coca. Popusa con orina impregnada en un paño para el dolor de matriz. Sobar para sacar hielo, Pujsu. Baño de ruda, con molle con Amosmascar o romero. (Un día hembra, al otro día macho), pal mal aire. Baños con barro de Mamiña para sacar el frío o el calor y aliviar dolores de huesos. Baños con Hervido de paja brava con Yareta para lavar suavemente los granos y calmar la picazón.	Elementos de uso común	Preduai e Ibutoprofeno para desinflamar. Ranitidina antes de las comidas, Sal de frutas.
	Los remedios que te da la tierra. Mate de coca para la digestión. Hierbas traídas de Perú y Bolivia. Signapaya o agüita de tiempo para la gastritis. Milianta, una leche para apagar el fuego del estómago.	Boldo. Yaneni; Manzaniella para el estómago. Té de rosita mosqueta.	Pichar coca para dolores del cuerpo.	Leche para la gastritis. Limonada caliente para el resfrío. Sábila con yogurt para la fiebre.	Quebrar, reventar para aliviar dolores de estómago y náuseas por pasar vergüenza o para el mal Pasar un huevo con periódico para el Susto, el Empacho y sacar la carga negativa del cuerpo de los niños. "Se pasa el huevo por el cuerpo tres veces y se ve si se cocina la clara y la yema, si se cocina es que el niño está cargado, luego se bota el huevo en una esquina para que se vaya". Reventar el pelo, jalar el pelo para el dolor de cabeza.	Masajes con cremas naturales y preparadas de hierbas. Fajarse la espalda para el aire o abertura de la espalda; Masajes con Mentholatum chino. Para problemas pulmonares. Respirar el humo del eucaliptus hervido. Cambucho de papel de diario para el dolor de oído.	Oneprazol y Viadi para el dolor de estómago. Pastillas para la migraña: Cefalmin o Dolgenal, Paracetamol, Aspirina Abrobriconol, Megacilina. Penicilinas, Dipirona, Vitamina, Amoxicilina para la tos.
Norte NO indígenas	Uña de gato. Mate de coca. Té de Coca. Flor de Yareta. Hierbas traídas de Perú.	Hierbas para la diabetes. Limón y miel para la amigdalitis. Paico y ruda para el estómago. Matico. Manzaniella. Llantén para sacar los dolores. Camela.	No hay registro.	Jarabe de sábila con yogurt para la diabetes. Purgante con azúcar flor para sacar el empacho. Jarabe de Bacalao y una harina especial. Círnela o aceite con limón como purgante. Sábila con miel.	Quebrar el empacho.	Mostaza en polvo en los pies envueltos con diario para el resfrío. Manzaniella frita en aceite para el resfrío.	Antibióticos Aspirina Pectoral Ibutoprofeno Ranitidina Tapsin Vitamina del complejo B.
Centro sur	No hay registro.	Pata de vaca. Manzaniella. Té rojo.	No hay registro.	No hay registro.	Masajes en el pecho. Sobar y frotar con pomadas. Lavados y Masajes de oído.	Pastillas cuando se siente mal. Tapal. Dipirona, Tapsin, Diclofenaco, Analgésicos, Paracetamol.	

TABLA N° 2: SANACIONES.

Grupos	Prácticas mágico religiosas para diversos padecimientos	
	No Mórbidos	Enfermedades físicas y/o psíquicas
Norte Aymara	Visitar al curandero para la lectura del oráculo. Leer las hojas de Coca para ver por qué el ganado se muere, mirar maldiciones, ver remedios para peleas.	Leer las cartas para diagnosticar agarraduras, no pasar por lugares fuertes como vertientes. Copalarse para sanarse de la “agarradura de chacra”.
Inmigrantes Transfronterizos	Llamar la suerte para mejorar las relaciones de pareja o familiares. Leer la Biblia, para calmar malestares corporales. Buscar remedios para maldiciones.	No hay registro.
Norte No Indígenas	No hay registro.	La forma de curar es a través de Jesucristo, del señor nada más. Pedir con fervor a la Chinita (Virgen de La Tirana) y/o a San Lorenzo de Tarapacá.
Centro Sur	No hay registro.	No hay registro.

TABLA N°3: PRACTICAS PREVENTIVAS SEGÚN FUNDAMENTOS NATURALES.

Grupos	Medicinas naturales	Terapias alternativas	Cuidados del cuerpo	Actividad laboral
Aymara	Consumir Hierbas para mantener el cuerpo con temperatura equilibrada y buena circulación.	No hay registros.	Buena Alimentación: Comer verduras y frutas. Alimentos de los antepasados: quinua, maíz, papa chuño, mote. Comer alimentos con poca sal, evitar frituras y grasas, así como comida chatarra. Tomar bastante líquido, sobre todo agua. Ejercicio: Caminar, andar en bicicleta, hacer ejercicio, tomar aire libre Cuidados: Abridarse en la mañana, dormir con gorro, no trastrochar, descansar, evitar los cambios de temperatura Evitar Vicios: No consumir demasiado alcohol alcoholicas, no fumar, no drogarse.	Trabajar, pero sin abuso.
Inmigrantes Perú Bolivia	Uso de hierbas naturales, boldo, coca, llantén, mates de Signapaya, té verde. Pichar coca. Terapias naturistas, brebajes naturales de sábila con yogurt, masajes.	Ayurveda, masaje oriental, equilibrio energético.	Buena Alimentación: Alimentarse bien con comidas sanas y alimentos de calidad: verduras, jugos naturales, soya, quinua, fruta, leche, pollo sin grasa. Mantener una dieta balanceada, poca azúcar sal, sin condimento. No hacer desayunos y no cenar cosas pesadas ni picantes, evitar las comidas chatarras y los dulces, así como la mostaza, mayonesa y la yema del huevo. Consumir naranjas para la vitamina C. Tomar conciencia de lo que se come y de cómo se come. Ejercicio: Caminar y correr, hacer ejercicio, tomar aire puro, jugar a la pelota. Cuidados: Dormir durante la noche, tener una vida ordenada, tener cuidado con las corrientes de aire, evitar los desajustes y desgaste del cuerpo. Descansar para las varices y levantar las piernas y ponerlas en agua caliente. Evitar Vicios: No abusar del alcohol y las drogas, no fumar, no tener victos, no fumar, nada de café.	Trabajar, duro para acostumbrar al cuerpo al trabajo, pero sin abusar. El trabajo y todas las actividades que se desarrollan dentro de él; cargar, descargar, vender, atender ayuda a sentirse mejor”.
Norte NO indígenas	Tomar agüitas, hierbas, manzanilla, canela, jugo de sábila con yogurt todos los días. Comer ajo. Enlular a los bebés.	No hay registros.	Buena Alimentación: Alimentarse bien, comer alimentos sanos; verduras y frutas, yogurt todos los días. Tomar jugo de naranjas y con huevos y ajo. Una copita de vino al almuerzo, ayuda a las coronarias No comer tanta azúcar, sal, dulces ni bebidas. No tomar coca cola ni té para evitar la cafeína y teína. Comer pocas frituras y poco alifio. No comer papas fritas ni mayonesa. Ejercicio: Caminar bastante, hacer deporte, ser activa/o, andar en bicicleta, nadar, subir el cerro, hacer gimnasia. Cuidados: No trastrochar, protegerse en el invierno, tomar vitaminas para “calcificar”, dormir bien, descansar, cuidarse en la juventud, abrigarse, cuidarse de los resfrios. Evitar Vicios: No hay que abusar del alcohol y de las drogas, o sea uno consume pero no puede llegar tan loco. No matarse el alma con la droga y no estar en el alcohol.	Trabajar mantiene en ejercicio. “Uno se mantiene con el trabajo”.
Centro sur	No hay registros.	Equilibrar el cuerpo. La medicina natural ayuda más.	Buena Alimentación: Alimentarse bien, comer cosas naturales; verduras, frutas, cazuela. Tomar agua. Evitar las frituras, regular el azúcar y hacer dieta para la diabetes. No comer grasas, alifios ni sal en abundancia. Ejercicios: Hacer ejercicio, deporte, caminar, practicar alguna disciplina, hacer yoga, pesas, aeróbica, correr, hacer gimnasia, jugar a la pelota. Cuidados: Dormir, relajarse, abrigar a los bebés, no dejarlos jugar con agua, cuidarse. Evitar Vicios: No fumar.	No hay registros.

TABLA N° 4: PRÁCTICAS PREVENTIVAS SEGÚN FUNDAMENTOS BIOMÉDICOS.

Grupos	Higiene	Educación sanitaria
Aymara	Lavarse los dientes, bañarse todos los días, purificar la piel.	Asistir a control. Realizar exámenes. Seguir recomendaciones del consultorio sobre alimentación, y vacunarse.
Inmigrantes Perú Bolivia	Mucha higiene Tener agua potable luz, limpiar con cloro.	Asistir a charlas médicas gratuitas.
Norte No Indígenas	Tener buena higiene personal. Tener saneamiento básico; agua, luz, alcantarillado.	Acudir cada tres meses al doctor o por cualquier dolor.
Centro Sur	No hay registros.	Controlarse por el médico y enfermera todos los meses Examinarse. Informarse, el tema de salud es interesante. El médico informa sobre lo que se debe hacer, hay que seguir al pie de la letra las orientaciones del médico.

TABLA N° 5: PRÁCTICAS PREVENTIVAS VINCULADAS AL DESARROLLO EMOCIONAL Y AFECTIVO.

Grupos	Prácticas en redes primarias y secundarias	Espiriritualidad, religiosidad, subjetividad
Aymara	Mantener buenas relaciones en el trabajo, en el barrio, en la familia, en el club deportivo. Visitar a la familia. Hablar con alguien. El ambiente físico del barrio es agradable. Recibir el cariño de la familia.	Asistir a control. Realizar exámenes. Seguir recomendaciones del consultorio sobre alimentación, y vacunarse.
Inmigrantes Perú Bolivia	Mucha higiene Conversar con amigas, recibir visitas. Estar con los seres queridos ayuda a sentirse bien. Estar con los hijos da paz. Juntarse con personas de su país. Mantener un buen ambiente familiar, pedir ayuda a la familia.	Alimentarse espiritualmente, pedirle a Dios por la salud y el bienestar de la familia. Tener fe en Dios hace estar bien aún estando mal. Estar tranquilo, que nadie te moleste. Tener platita., Hacer lo correcto. No hacer problemas. Estar contento. Ser feliz con lo que uno hace. Estar vivo.
Norte No Indígenas	Apoyo familiar en momentos de dificultad, tener buen ambiente en el trabajo.	Pensar en Dios. “La calidad viene del alma, del espíritu”, estar bien con Jesús. Escuchar música, tocar, estar bien, tener más espacio en la casa, no dañarse a sí mismo.
Centro Sur	No encerrarse en la casa, tener actividades, salir.	Ser feliz. Tener tranquilidad psicológica.

EXPERIENCIA DE UNA INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA COMO HERRAMIENTA DE TRANSFORMACIÓN SOCIAL Y VISIBILIZACIÓN DE LAS PROBLEMÁTICAS DE DERECHOS HUMANOS EN LOS PUEBLOS ORIGINARIOS DE ARGENTINA: HACIA UN ABORDAJE DE LAS TEMÁTICAS DE REPARACIÓN HISTÓRICA.

Autores:

Emilio Iosa.

Médico, Magister en Salud Pública.

Becario Capacity Building NIHM.

Presidente de la Fundación Deuda Interna. Provincia de Córdoba, Argentina.

E-mail: emilioiosa@gmail.com

Tomás Iosa.

Licenciado en Filosofía.

Becario en el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

Miembro Comité Honorario del Hospital Comunitario Dr. Salvador Mazza. Fundación Deuda Interna – Provincia de Córdoba, Argentina.

E-mail: tomasiosa@gmail.com

Marcela Lucchese.

Licenciada en Educación, Magister en Didáctica y Doctora en Ciencias de la Salud.

Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba – Provincia de Córdoba, Argentina.

E-mail: mslucchese@gmail.com

María Soledad Burrone.

Médica, Magister en Salud Pública.

Becaria Capacity Building NIHM.

Investigadora de la Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba – Provincia de Córdoba, Argentina.

E-mail: msburrone@fcm.unc.edu.ar

Rubén Alvarado.

Doctor en Medicina, Especialista en Psiquiatría.

Docente Investigador de la Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile – Santiago, Chile.

Miembro Comité Honorario del Hospital Comunitario Dr. Salvador Mazza. Fundación Deuda Interna. Provincia de Córdoba, Argentina.

E-mail: ralvarado@med.uchile.cl

Eliecer Valencia.

Profesor, Departamento de Epidemiología, Escuela de Salud Pública, Universidad de Columbia – New York (NY), USA.

Profesor Adjunto en la Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile – Santiago, Chile.

E-mail: elie.valencia@gmail.com

Ruth Fernández.

Doctora en Medicina y Cirugía, Magister en Docencia.

Profesora Titular en la Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

Miembro Comité Honorario del Hospital Comunitario Dr. Salvador Mazza, Fundación Deuda Interna – Provincia de Córdoba, Argentina.

E-mail: rfernandez@fcm.unc.edu.ar

Dirección para correspondencia:

Emilio Iosa.

Fundación Deuda Interna.

Avenida Cavallani, s/n–CP: 5189.

José de la Quintana – Provincia de Córdoba, Argentina.

E-mail: emilioiosa@gmail.com

El presente relato procura transmitir y compartir las vivencias de nuestro equipo de investigación, al realizar un trabajo relacionado a psiquiatría comunitaria junto a pueblos originarios Wichí. Es decir, pretendemos contar la experiencia del desarrollo de la investigación que derivó en la publicación de un artículo en la revista Cuadernos de Saude Colectiva titulado, “*Transmisión transgeneracional del trauma psicosocial en comunidades indígenas de Argentina: percepción del daño en el pasado, el presente y acciones autoreparatorias*”.¹ Nuestro equipo de trabajo de investigación se conformó por dos integrantes de la Fundación Deuda Interna (Hospital Comunitario Móvil Dr. Salvador Mazza), tres de la Escuela de Salud pública de la Universidad Nacional de Córdoba y dos de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Se contó además con la colaboración de numerosos miembros de las comunidades indígenas Wichí del Chaco Salteño pertenecientes a la “Comisión Nacional de Investigación del Genocidio para el Resarcimiento Histórico de los Pueblos Originarios de Argentina” que colaboraron en la traducción de algunas entrevistas realizadas a ancianos que no hablan castellano y en la identificación de personas que vivenciaron situaciones de represión o violencia por parte del estado. Así, este equipo de trabajo se propuso indagar desde la perspectiva de los sujetos, respecto de la transmisión transgeneracional del trauma psicosocial sufrido por comunidades Wichí del norte argentino. En este contexto se identificaron las experiencias percibidas como traumáticas por las comunidades, tanto pasadas como presentes, describiendo los relatos respecto a la vivencia del trauma y a las formas de socialización generadas en dicha comunidad, teniendo presente las situaciones o acciones llevadas adelante en los últimos años, que pudieran ser consideradas como “autoreparatorias”. Con estos objetivos, nos propusimos desarrollar un estudio exploratorio de tipo cualitativo junto a las comunidades Wichí de la Provincia de Salta, durante los años 2009, 2010 y 2011.

Cuando nos propusimos este trabajo, debimos tener en cuenta que la principal literatura en este tema está relacionada a la transmisión transgeneracional del trauma psicosocial asociadas a los efectos de la guerra, a los problemas psíquicos en hijos de sobrevivientes de campos de concentración o cuyos padres sufrieron otras experiencias traumáticas extremas.²⁻⁵ Desde esta dimensión ideológica, se re-conceptualizó su uso a las comunidades indígenas para definir el marco teórico del equipo. Se entendió entonces, como hecho traumático a aquella experiencia humana extrema que constituye una amenaza grave para la integridad física o psicológica de una persona y ante la cual la persona ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos.⁶ Tras haber experimentado, presenciado o escuchado un hecho de este tipo, pueden aparecer una serie de síntomas que escapan al control del superviviente y que le crean un profundo sufrimiento psicológico.^{7,8} Sin embargo, el estudio del trauma psicoló-

gico no sólo se relaciona con un hecho específico vivenciado por un individuo en particular, sino que también está íntimamente vinculado con el desarrollo de acontecimientos sociales, políticos y culturales.⁹ En tal caso y si estas características se transmiten a través de factores que condicionan la salud mental de las generaciones siguientes, se conforma el trauma transgeneracional. Su mecanismo puede explicarse a través de diferentes teorías, la mayoría se centran en el encapsulamiento del evento traumático como mecanismo intrapsíquico de defensa de la salud del individuo, lo que en las generaciones siguientes se expresa a manera de una “cripta” que no puede ser abierta, en la que no se puede hablar sobre los sucesos que están dentro de ella, hecho que no permite la elaboración psíquica del daño en las siguientes generaciones.^{10,11} El perfil de estas personas se caracteriza por frecuentes enfermedades físicas, recurrentes trastornos psiquiátricos y psicológicos, entre otros. Ante este escenario están los sujetos, algunos de los cuales se asumen como parte de la historia y otros se distancian de esta situación traumática. En este proceso se reconocen formas de construcción y deconstrucción de subjetividades que tienen en la base una desigual manera de representación y simbolización de los eventos traumáticos.¹⁰ En este contexto, y en coincidencia con Mahler (1975), Erikson (1974) y Baroca (1973), se sostiene que la segunda y posiblemente la tercera generación, tendrá que luchar con problemas psíquicos en tres aspectos: el equilibrio emocional, la autonomía y el proceso identitario.¹²⁻¹⁴

En este marco, asumimos como equipo para el desarrollo de la investigación, que la transmisión transgeneracional del trauma psicosocial es el conjunto de mecanismos y potenciales daños psíquicos individuales o colectivos, que de diferentes formas y con variadas consecuencias, pueden ser transmitidos a las generaciones siguientes. Así, en la investigación que desarrolló el equipo, interesó abordar la transmisión transgeneracional del posible trauma psicosocial en las comunidades indígenas Wichí del norte argentino.

El lugar elegido por nosotros para trabajar y desarrollar este estudio, fue la población Wichí de la Provincia de Salta, debido a que son comunidades donde miembros del equipo (integrantes de la Fundación Deuda Interna), venían desarrollando diversas actividades. Los Wichí, mal llamados “matacos”, son un grupo indígena que habita territorios comprendidos en las actuales provincias del Chaco, Salta y Formosa, en la República Argentina. Además, existen comunidades en el sur de Bolivia y sur del Paraguay que quedaron divididas por las tres fronteras que conformaron estos estados modernos. Según estimaciones del Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI), viven en la Argentina alrededor de 858.000 personas de diferentes etnias y sus descendientes. Se estima que la población Wichí oscila entre 40.000 y 50.000, según el INAI.

Aunque en el pasado fueron comunidades cazadoras y recolectoras, en la actualidad su modo de vida ha cambiado de manera dispar, según el lugar que habitan, desde un estado de acultu-

.....
ración y marginación severo en la periferia de las ciudades, hasta grupos que aún resisten conservando casi intacto su idioma y sus costumbres al interior del bosque Impenetrable chaqueño.

Contexto socio-histórico del genocidio sobre el pueblo Wichí.

El estado argentino a finales del siglo XIX y principios del siglo XX llevó adelante la ocupación militar del Chaco central y austral, hasta entonces en poder de los pueblos indígenas. La primera expedición militar se realizó en 1870 al finalizar la Guerra de la Triple Alianza. En 1884 el ministro de guerra y marina del presidente Julio Argentino Roca, general Benjamín Victorica, dirigió una campaña militar que tenía como objetivo llevar la frontera con los indígenas del Chaco hasta el río Bermejo, estableciendo una línea de fortines que llegara hasta Salta. A fuerza de genocidio y fuego, el estado argentino se apropió del territorio de los pueblos Toba, Pilagá, Wichí, Chorote y Chulupí, Vilela, Tonocoté, Tapietés, Chanés y Chiriguano, entre otros. Esta campaña terminó en 1917.

La “Campaña del Chaco” duró oficialmente 33 años y trajo como consecuencia la expansión territorial en tres provincias: Salta que se expandió hacia el este, Santiago del Estero se expandió hacia el noreste y Santa Fe que se ensanchó hacia el norte. También posibilitó la creación de dos nuevas provincias a mediados del siglo XX, consideradas hasta entonces territorios nacionales: Chaco y Formosa. La conquista del Chaco, al igual que la conquista del desierto hacia el sur, provocó la muerte de millares de indígenas, y aunque la población autóctona no fue exterminada, no existen datos fehacientes respecto del número real de personas asesinadas, aunque existen algunos testimonios que señalan la crueldad y brutalidad de los métodos utilizados contra las poblaciones originarias de estos territorios.

Noventa años después: Construyendo procesos de reparación histórica.

Noventa años después, el dirigente Wichí Domingo Vaca, Presidente de la Comisión Territorial de la Comunidad de Misión Chaqueña (en el Chaco Salteño), decide interponerse ante una topadora que intentaba desmontar tierra ancestral del pueblo Wichí. Este hecho establece el comienzo de una serie de acciones, entre las que podemos citar la redacción y firma del “Primer Manifiesto Wichí” (2009), las acciones relacionadas a la visibilización de situaciones de desmonte y desalojos de comunidades enteras, la usurpación de tierras por empresas nacionales y transnacionales, la denuncia de la existencia de fosas comunes en el territorio Wichí ante la Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina y ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, la conformación de la “Comisión Nacional de Investigación del Genocidio para el Resarcimiento Histórico de los Pueblos Originarios de Argentina”, con participación de la ONG Deuda Interna, de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC) y del Servicio Paz y

.....

Justicia (SERPAJ) del Premio Nóbel de la Paz, Adolfo Pérez Esquivel, así como la organización del “Primer Congreso Nacional para la Unión de los Pueblos Originarios de Argentina” en la Comunidad Wichí de Misión Chaqueña donde se realizó la firma del Documento TIERRA (Tratado Interétnico para la Refundación de la República Argentina) el 25 de mayo de 2010.

Así, las nuevas formas organizativas asumidas por la comunidad Wichí, junto a organizaciones de la sociedad (SERPAJ, ONG Deuda Interna y la Universidad Nacional de Córdoba), dan cuenta de las consecuencias del genocidio cometido por el estado y del potencial daño transgeneracional que este dio origen. En este sentido, la toma de conciencia del daño, el enfrentar el pasado y re-significarlo, se convierten en un estímulo a la resistencia cultural y en un acto político, que emprenden las comunidades indígenas de Argentina para reparar el daño histórico, lo que en este trabajo será considerado con el nombre de “acciones autorreparatorias”.

En este marco, nuestro trabajo buscó indagar desde la perspectiva de los sujetos los mecanismos y las características de la transmisión transgeneracional de un posible daño o trauma psicosocial, consecuencia del terrorismo de estado, tanto en períodos dictatoriales como democráticos, en comunidades Wichí del norte argentino.

Respecto de la transmisión transgeneracional del trauma psicosocial y de acuerdo con diversos autores,^{10,15,16} es posible afirmar que este concepto puede ser usado para dar cuenta del daño producido tanto en los directamente afectados, que conforman de alguna manera su génesis, como a quienes, por razones de lazos familiares, comunitarios, idiomáticos, políticos, ideológicos, entre otros, forman parte del entorno vital que sucede a estos a través del tiempo.

La escuela construccionista^{17,18} hace énfasis en que la memoria social es una construcción intersubjetiva surgida de las relaciones humanas en las que se va nombrando a las situaciones pasadas, siendo de esta manera el sustento del sentido requerido por el presente para ser construido de una u otra forma.

Teniendo presente que el concepto de transmisión transgeneracional de trauma psicosocial ha sido aplicado a menudo, para explicar procesos generalmente ajenos a la maquinaria instaurada como orden normativo dentro del estado de derecho,¹⁹ es que se considera que este concepto debe ser profundizado allí donde se borra la frontera entre lo totalitario y lo democrático, allí donde el estado de derecho en situación de ejercicio pleno de su “democracia participativa”, puede provocar un daño colectivo de envergadura tal, que ese daño se convierta en el cimentador de su hegemonía normativa y que de alguna manera se perpetúe de diferentes formas, hacia todo grupo humano que no encaje dentro de su molde de inclusión. Así, particularmente en este trabajo, se reconoce la permanencia del daño generado por el estado a través de las sucesivas generaciones. Autores como Brinkmann²⁰ e Instituciones como CINTRAS,²¹ coinciden con el resultado expresado, identificando que la violencia institucio-

.....
nal y legitimada por parte del estado, constituyó un elemento central del ejercicio de poder.

Un elemento común identificado en la literatura, y que aporta un aspecto relevante a tener en cuenta para comprender el fenómeno de la transmisión transgeneracional del trauma, es el silenciamiento de las víctimas de experiencias traumáticas.²²⁻²⁵ Silencio y negación forman una dinámica que se retroalimenta mutuamente en el contexto represivo.²⁶ Los resultados obtenidos en este estudio identifican al silenciamiento como experiencia traumática de la comunidad Wichí. Otro aspecto de importancia en este trabajo remite a las diferentes actitudes asumidas por la comunidad Wichí, como son el cuestionamiento a la relación estado-sociedad y el surgimiento de mecanismo de autoreparación. En función de esto y en consonancia con Stern,²⁷ al no encontrar cabida en la memoria histórica oficial preponderante, para los sobrevivientes de tortura la interpretación propia de la historia vivida puede convertirse en factor de identidad.^{26,28} Es una subcultura que el historiador Steve Stern ha definido como “memoria emblemática”, caracterizada, en algunos casos, por ser “*una ruptura lacerante no resuelta*” y, en otros, por “*la experiencia de vivir una vida de lucha, que ponía a prueba la consecuencia y el compromiso con los valores positivos, frente a una realidad de represión y miedo*”.²⁵ Asimismo, en la bibliografía se identifican aspectos relacionados a posibilidades de reparación del daño transgeneracional en jóvenes pertenecientes a las siguientes generaciones.^{20,29}

En este marco, y para abordar la problemática, nos propusimos como objetivo general de su investigación indagar desde la perspectiva de los sujetos los mecanismos y las características de la transmisión transgeneracional de un posible daño o trauma psicosocial, consecuencia del terrorismo de estado, tanto en períodos dictatoriales como democráticos, en comunidades Wichí del norte argentino. Así, como objetivos específicos se planteó identificar las experiencias traumáticas de las comunidades Wichí (tanto pasadas como presentes), describir la experiencia que los sujetos de las comunidades Wichí relatan respecto de la vivencia del trauma y de las formas de socialización generadas en dicha comunidad e identificar las acciones comunitarias de carácter autorreparatorio.

Para abordar los objetivos, se diseñó un estudio exploratorio, con un abordaje cualitativo sobre una muestra intencional, orientado a la comprensión de la perspectiva que los sujetos tienen respecto del daño transgeneracional. Se llevó a cabo en diferentes comunidades Wichí del departamento Rivadavia Banda Sur, departamento Rivadavia Banda Norte y departamento San Martín de la Provincia de Salta, en la República Argentina, durante los años 2009, 2010 y 2011. Se efectuaron 30 entrevistas en profundidad a diferentes miembros de la comunidad, como ancianos, adultos y jóvenes, de ambos sexos, en el ámbito propio de la comunidad, con la finalidad de obtener información tanto del pasado como del presente.

Los grupos entrevistados corresponden a: caciques, mujeres de caciques, dirigentes de organizaciones territoriales y personas de las comunidades Wichí. De estos 30 entrevistados, 23 fueron hombres y 7 mujeres, entre 30 y 70 años de edad. Para la selección de los sujetos se consideró la disposición de las personas para contar la historia vivida por su comunidad y la participación en la lucha indígena.

El proceso de entrevistas se organizó en etapas. En la primera etapa se trabajó en un proceso de sensibilización, de Wichí a Wichí, para explicitar el trabajo a realizar en la comunidad. Una segunda etapa consistió en que el equipo de investigación realiza las entrevistas y registra a través de cámaras y de grabaciones las experiencias vividas por los sujetos. En la misma, se desarrolla un proceso de enseñanza y aprendizaje para incluir a los Wichís en el registro de los sucesos y de su propia historia. En una tercera etapa se produce una mayor participación de los Wichís en dichas actividades.

Los aspectos que orientaron las entrevistas fueron los siguientes: la percepción del daño sufrido directamente (en primera persona) o a terceros, los recuerdos e historias relacionadas al terrorismo de estado comentadas por los “mayores” (que son las personas de más edad y son los referentes de la comunidad desde el punto de vista político y espiritual), la relación intergeneracional respecto de estas vivencias, la situación actual del conflicto con el estado, la percepción de perspectivas de solución al conflicto territorial y las nuevas formas de organización de la comunidad.³⁰

A medida que se efectuaron las entrevistas, comenzó el proceso de lectura y análisis, se observaron recurrencias y diferencias. Como parte del análisis, se efectuaron lecturas de referentes teóricos y de la interpretación de este conjunto de situaciones, se construyeron categorías en torno a la problemática de la transmisión transgeneracional del trauma psicosocial.

A partir del análisis de las entrevistas se reconocieron las siguientes categorías:

- La permanencia del daño en los grupos originarios: un proceso que devela los mecanismos utilizados por el estado y la sociedad y especifica los contenidos que se transmiten de generación en generación.
- Silenciamiento y evasión: una posición de encapsulamiento ante el evento traumático.
- Secuelas del evento del traumático vivido y re-traumatización.
- Una relación cuestionada: estado-sociedad y comunidad Wichí.
- El surgimiento de mecanismos de autoreparación.

Entre los principales resultados se reconoció la permanencia del daño en los grupos originarios y los diversos mecanismos utilizados tanto por el estado como por la sociedad para mantener esta situación, también se advirtió un comportamiento de aislamiento y evasión ante el trauma. Además, se identificaron secuelas y la manera en que éstas reproducen la situación

.....

de trauma. Se observaron además en las comunidades Wichí mecanismos de autoreparación en torno a la situación de trauma. Estos aspectos definidos como “autorreparatorios” son observados en individuos de distintos grupos etarios y de diferentes grupos generacionales.

¿Cómo valora esta experiencia el equipo de investigación?

Una de las principales fortalezas de este trabajo desde el punto de vista académico y comunitario, ha sido que hemos podido vivenciar, sistematizar, objetivar y analizar el encuentro intercultural que surge cuando la investigación se pone a disposición de los problemas comunitarios.

En nuestra experiencia, el hecho de transitar junto a las comunidades Wichí del Chaco Salteño, un proceso de reconstrucción identitario que incluyó la fundación en el año 2010 de la “Comisión Nacional de Investigación del Genocidio para el Resarcimiento Histórico de los Pueblos Originarios de Argentina” nos permitió tomar contacto durante más de tres años con la realidad concreta de las comunidades indígenas del norte argentino, no sólo en lo estrictamente ligado a esta investigación sino desde el punto de vista humano. Tal vez la mayor dificultad o debilidad sea la imposibilidad de superar una barrera idiomática que es importante tener en cuenta a la hora de entrevistar a las personas de mayor edad ya que son ellos los que han estado más en contacto con las situaciones de terrorismo de estado.

A partir de esta experiencia de investigación, el equipo evidenció que desde una perspectiva amplia e integral para el campo disciplinario de la salud poblacional, es importante recomendar que el estado fortalezca los mecanismos considerados autoreparatorios propios de la comunidad, para disminuir la vulnerabilidad y contribuir al afianzamiento de dichas acciones, fortaleciendo la identidad individual y comunitaria, la cohesión social que subyace, junto a la salud y el bienestar de sus miembros. Es importante seguir ahondando en investigaciones en este campo y en especial sobre los mecanismos tendientes a reparar los daños históricos y a repensar el surgimiento de “nuevos estados” que contemplen y protejan la diversidad tanto sociocultural como ambiental.

Nuestras principales conclusiones.

A partir de este contacto periódico de investigadores de la Fundación Deuda Interna pertenecientes al proyecto Hospital Comunitario Móvil Dr. Salvador Mazza en conjunto con la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Córdoba, se comienza a documentar acciones colectivas que buscan superar el daño provocado por el estado tanto en períodos dictatoriales como democráticos, en las condiciones históricas antes mencionadas. La identificación por parte de los investigadores de algunas características particulares ya descritas en otros abordajes cualitativos relacionados a estudios de psiquiatría comunitaria sobre trauma psi-

.....
cosocial y su transmisión, llevó a la idea de profundizar en dicha temática. Al mismo tiempo son observados también, algunas situaciones y relatos que podían ser enmarcados dentro del concepto de psicología positiva o resiliencia colectiva pero que según esta experiencia y su perspectiva, deberían ser catalogados con un concepto diferente en la medida que trascienden las características puntuales de estos últimos. A través de la observación y análisis de prácticas comunitarias que fortalecen los rasgos identitarios de las comunidades, se comienza a debatir entonces sobre la necesidad de acuñar un nuevo concepto al que se llamó “Acciones autorreparatorias” que remeda el de resiliencia colectiva, pero que además adquiere el plus de tener un carácter político, en el sentido de que rompe las estructuras y las bases del status quo socio-histórico establecido y trasciende a la generación directamente afectada.

El concepto de resiliencia ha sido descrito y ampliamente utilizado por diferentes autores en diversas situaciones, sobre todo aplicado a la psicología individual o familiar. La resiliencia se define en los descriptores de ciencias de la salud (DeCS), como “la capacidad humana para adaptarse ante la tragedia, trauma, adversidad, infortunios, y sobrellevar este importante estrés en la vida”. En este sentido es que el concepto de resiliencia resulta insuficiente a la hora de describir situaciones que no sólo implican “adaptarse a la tragedia” o “sobrellevar” este importante estrés en la vida. Se plantea por ello la necesidad de acuñar entonces un concepto que describa de manera más cabal las acciones concretas o simbólicas que las comunidades indígenas emprenden para superar el trauma psicosocial. La importancia de este abordaje radica en la posibilidad de apuntalar, apoyar y promover este tipo de acciones. Además, ampliar este conocimiento ayudaría a generar un debate al respecto del posible diseño de políticas públicas que aborden la salud, teniendo presente las situaciones de daño en la psicología colectiva generadas por la misma lógica de construcción del estado durante los últimos 200 años, es decir, las consecuencias en la psicología colectiva de los pueblos que sufrieron el genocidio y el terrorismo de estado tanto en períodos dictatoriales como democráticos. Este conocimiento podría ayudar a abordar programas de salud en las comunidades indígenas que tengan en cuenta el trauma psicosocial y que apuntalen y promuevan los modos locales y regionales para superarlo considerados efectivos desde el punto de vista comunitario.

Bibliografía:

1. Iosa E, Iosa T, Lucchese M, Burrone MS, Alvarado R, Valencia E, Fernández AR. Transmisión transgeneracional del trauma psicosocial en comunidades indígenas de Argentina: percepción del daño en el pasado y presente y acciones autoreparatorias. *Cad. saúde colet.* 2013; 21(1): 85-91.
2. Frazier K, West-Olatunji C, Juste S, Goodman R. Transgenerational Trauma and Child Sexual Abuse: Reconceptualizing Cases Involving Young Survivors of CSA. *Journal of Mental Health Counseling.* 2009 Jan; 31(1): 22-33.
3. Almeida M. A força do legado transgeracional numa família. *Psicología: Teoría e Práctica.* 2008 Aug; 10 (2): 215-230.
4. Barnett S, Buckroyd J, Windle K. Eating disorders from parent to child: Mothers' perceptions of transgenerational effect. *Counselling and Psychotherapy Research.* 2005 Sep; 5 (3): 203-211.
5. Daud A, Skoglund E, Rydelius P. Children in families of torture victims: transgenerational transmission of parents' traumatic experiences to their children. *International Journal of Social Welfare.* 2005 Jan; 14 (1): 23-32.
6. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV).* Retrieved December 20th 2011.
7. Pérez Sales P. Trauma, culpa y duelo. *Hacia una psicoterapia integradora.* Descléed de Brouwer; 2006.
8. Becker D. Trauma, duelo e identidad: una reflexión conceptual. En D. Becker, M. I. Aguilar & G. Morales, editores. *Trauma psicosocial y adolescentes latinoamericanos: Formas de acción grupal.* Santiago: Ediciones Chile-América CESOC; 1994.
9. Galvez Vilarreal y col. El proceso de traumatización en personas afectadas por terrorismo de estado. Un desarrollo conceptual. *Cuadernos de Psicología Jurídica.* 2004; (1).
10. Madariaga C. Daños transgeneracional en Chile. *Apuntes para una conceptualización.* *Rev. Reflexión.* 2003; (30).
11. Madariaga C. Tortura y trauma Psicosocial. *Revista Reflexión.* 2001; (27).
12. Mahler M. *El nacimiento psicológico del infante humano.* Mary-mar; 1975.
13. Erikson E. *Dimensions of a New Identity.* New York: Norton; 1974.
14. Barocas H y Barocas C. Manifestations of concentration camp effects on the second generation. *American Journal of Psychiatry.* 1973; 103(7): 810-821.
15. Rowland-Klein D. The transmission of trauma across generations: Identification with parental trauma in children of Holocaust survivors. En: D.R. Cayherall, editors. *Handbook the stress, trauma and family.* New York: Brunner-Routledge; 2004. p. 117-138.

16. Scapusio M, Pache S, Ortíz MC y Ruiz M. Efectos transgeneracionales del daño psicosocial ocasionado por el terrorismo de Estado. En: Lagos M, Vital B editores; 2009.
17. Ibáñez T. La psicología social como dispositivo desconstruccionista. En: Ibáñez T, editores. El conocimiento de la realidad social. Barcelona: Sendai; 1989.
18. Vázquez F. La memoria como acción social. Relaciones, significado e imaginario. Barcelona: Paidós. 2001.
19. Madariaga C. Trauma Psicosocial, trastorno de estrés postraumático y tortura. 2002. Extraído el 8 Junio, 2009, de: <http://www.cintras.org/textos/monografias/monog_trauma_psicosocial_espanol>
20. Brinkmann B. Itinerario de la impunidad, Chile 1973-1999. Un desafío a la dignidad. Santiago: CINTRAS. 1999.
21. CINTRAS. Daños transgeneracional consecuencia de la represión política del Cono-Sur. 2009.
22. Comisión Nacional sobre Prisión Política y Tortura (2004). Informe de la Comisión Nacional sobre Prisión Política y Tortura. Gobierno de Chile. [Versión electrónica]. Disponible en <http://www.comisiontortura.cl/listado_informes.html>
23. Danieli Y. International Handbook of Multigenerational Legacies of Trauma. New York: Plenum Press. 1998.
24. Brinkmann B. El impacto de la negación y el silencio en torno a la tortura. En Instituto Peruano de Educación en Derechos Humanos y la Paz, Reflexiones sobre la tortura. Lima: IPEDEHP. 2005.
25. Kordon D y Edelman L. Por venires de la memoria. Buenos Aires: Madres Plaza de Mayo. 2006.
26. Faúndez X y Cornejo M. Aproximaciones al estudio de la Transmisión Transgeneracional del Trauma Psicosocial. Revista de Psicología. 2010; 19 (2).
27. Stern S. De la memoria suelta a la memoria emblemática: Hacia el recordar y el olvidar como proceso histórico (Chile, 1973-1998). En Garcés, M. et al (Eds.): Memoria para un nuevo siglo. Chile, miradas a la segunda mitad del siglo XX. Santiago: Lom. 2000.
28. Brinkmann B, Guzmán JM, Madariaga C y Sandoval M. Daño transgeneracional en descendientes de sobrevivientes de tortura. En M. Lagos, V. Vital, B. Brinkmann y M. Scapusio, editores. Daño transgeneracional: consecuencias de la represión política en el cono sur. Santiago: LOM Ediciones; 2009. p. 15-146.
29. Becker D y Castillo M. Procesos de traumatización extrema y posibilidades de reparación. Santiago: ILAS; 1990.

30. Cufre Marchetto L. Violencia Social y subjetividad. Cuadernos de trabajo (18). Instituto de investigaciones histórico sociales. Universidad Vera Cruzana, México 2004.

Anexo:

Último documento TIERRA firmado en 2012:

Documento T.IE.R.R.A 25 de mayo de 2010 Tratado interétnico para la refundación de la República Argentina”.

Misión Chaqueña, provincia de Salta, República Argentina.

Hoy, 25 de mayo de 2010, doscientos años después de la revolución de mayo decidimos alzar nuestra voz al mundo.

Hoy, nosotros, los hermanos y hermanas de las naciones originarias, pueblos y comunidades libres de esta tierra, decidimos unirnos para decir basta.

Hoy, nosotros, los descendientes de las naciones, de los pueblos y comunidades originarios que existían antes de la formación del estado argentino decidimos unirnos en un solo grito.

Hoy, nosotros, los que queremos soberanamente vivir en armonía con la naturaleza y en hermandad con todas las naciones del mundo decidimos expresar nuestro reclamo en una sola voz.

Hoy, nosotros, los que respetamos la vida en todas sus formas y los derechos de la madre tierra, del agua, del aire, de los animales y de los hombres, más allá de su origen, siendo dueños de decidir nuestro destino comunicamos al mundo nuestro reclamo soberano:

Hoy declaramos el comienzo de la refundación de nuestro país y el nacimiento de la “república plurinacional de Argentina” porque queremos una patria con un espíritu nuevo y por lo tanto llamamos a todos los hombres y mujeres de los pueblos de el alba (alternativa bolivariana para las américas) y de Unasur (Unión de naciones de América del sur) que nos ayuden en el llamado a todos los actores sociales, pueblos y comunidades de nuestra nación para dar nacimiento a una nueva constitución nacional, para que tengan espacio para vivir según su cosmovisión, todas las naciones que existían antes de la formación del estado argentino y todos los hombres y mujeres libres de este suelo que creemos en la defensa de la madre tierra.

Teniendo presente que:

Dentro de Argentina hay muchas culturas y muchas naciones. Que en nuestro país existen más de 30 naciones originarias y que el mismo guarda en su corazón la mezcla intercultural e interracial de un país lleno de colores y de sueños de hermandad, respeto, justicia, democracia, libertad, independencia, trabajo digno, salud, educación, cultura y soberanía es que pen-

samos que estas cosas estan representadas por multiples lenguas preexistentes al castellano; cosmovisiones milenarias que a pesar de mas de quinientos años de represión y genocidio, seguimos manteniendo el vínculo y la interdependencia , con la madre tierra y con normas de justicia y convivencia que nos permiten mantener nuestro sistema comunitario de vida en muchos territorios donde no se hace presente el estado. Creemos que esta forma de vivir es una alternativa a un sistema mundial basado en la violencia, la guerra, la contaminación, la concentración de la riqueza y el poder, el empobrecimiento de los saberes y del conocimiento, el consumismo, el individualismo, el comercio injusto, la precarización de la salud y la educación y la destrucción irrespetuosa de nuestra madre tierra. Somos pueblos indígenas y comunidades campesinas, soberanos en nuestra tierra y de sus recursos naturales. Este territorio nuestro fue atacado por el ejercito nacional argentino, financiado por capitales extranjeros y grandes terratenientes, y llegó con su carga de muerte, usurpación, y destrucción, completando lo realizado por la corona española y profundizando para nuestro pueblo los males de la colonia. Es por todos bien sabido que el general julio a. Roca realizó uno de los casos más significativos de terrorismo de estado, apremios ilegales, exiliados, desterrados, tráfico y apropiación de niños y desaparición forzosa de familias, comunidades y pueblos enteros. Sin embargo es la figura principal actual de nuestro papel moneda. Dicen que vivimos en una patria federal cuando vemos ante nuestros ojos el sufrimiento de la Argentina interior que se desangra de hambre y de olvido, mientras que en la capital federal nuestros representantes despilfarran ante la mirada impotente de nuestras familias, millones de pesos en un festejo hipócrita y vergonzoso. Es por ello que junto a nuestros hermanos criollos y a nuestros hermanos blancos que sufren la misma discriminación que nosotros y el mismo dolor de ser esclavos de un estado genocida y construido en la mentira de unos pocos es que la historia nos brinda esta oportunidad de comprometernos ante el cambio planetario que nuestros mayores y sabios nos anunciaron durante siglos y que hoy se hace evidente ante la crisis gobal climática, cultural, social etc. Nuestra madre tierra nos llama, nos sacude, nos golpea para que despertemos y la defendamos. Queremos comunicar al mundo entero que hemos despertado y que vamos a responder enérgicamente a ese llamado. Los pueblos indígenas, las comunidades campesinas y todos los hombres que se sientan llamados a este compromiso exigimos que se respete nuestro derecho de ser actores y constructores históricos actuando para luchar en igualdad junto a nuestros hermanos criollos campesinos y a nuestros hermanos marginados en las ciudades que sufren la misma explotación y dolor que nosotros. Doscientos años de matanzas, de injusticia, de usurpación, de saqueo, de atropello a los derechos de todos los hombres que aún esperan en el silencio de los montes, cordilleras, rios, estepas, valles y montañas la construcción de una patria nueva con un alma nueva que proteja a todos

.....
sus miembros y respete la vida en todas sus formas y colores. Teniendo presente que nuestra tranquilidad y paz se ven amenazadas seriamente por el tronar de las motosierras y las topadoras que todo lo desmontan, los explosivos de las mineras que todo lo destruyen, el ingreso de petroleras y sojeras que todo lo envenenan, los partidos políticos y las ofertas electorales mediante la mentira y la amenaza han quebrado la unidad comunitaria aprovechando la vulnerabilidad a la que ha sido sometido nuestro pueblo. Hoy declaramos que a doscientos años de la revolución de mayo, no tenemos nada para festejar.

Por eso hoy decimos basta. Por el camino marcado por el primer manifiesto Wichí.

- Hoy declaramos el comienzo de la refundación de nuestro país y el nacimiento de la “república plurinacional de Argentina” porque queremos una patria con un espíritu nuevo y por lo tanto llamamos a todos los hombres y mujeres de los pueblos de el alba (alternativa bolivariana para las américas) y de Unasur (unión de naciones de América del sur) a colaborar con el llamado a todos los actores sociales, pueblos y comunidades de nuestro territorio argentino para llevar adelante una reforma de la constitución nacional actual porque creemos que este estado argentino ha muerto y hoy refundamos el país para que tengan espacio para vivir según su cosmovisión todas las naciones que existían antes de la formación del estado argentino y todos los hombres y mujeres libres que crean en la defensa de la madre tierra.

- Queremos y por lo tanto llamamos a todos los hombres y mujeres de los pueblos de el alba (alternativa bolivariana para las américas) y de Unasur (unión de naciones de América del sur) a que se investigue hasta el fondo el genocidio llevado adelante por el estado nacional argentino, tanto en períodos dictatoriales como democráticos, contra nuestras naciones originarias, desde la formación del mismo. Solicitamos a todas las naciones del mundo para que colaboren en la conformación oficial y estatal de una “comisión nacional e internacional de investigación del genocidio para el resarcimiento histórico de los pueblos originarios de América” donde participen y decidan su accionar efectivo los representantes de las naciones originarias y veedores externos de otras naciones de América latina.

- Queremos y por lo tanto llamamos a todos los pueblos de el alba y de Unasur a que se realice la visibilización pública de todos nuestros reclamos mediante la formación de un “ministerio de asuntos indígenas”, con presupuesto autónomo, que sea dirigido por quienes democráticamente elijan nuestras naciones como representantes del mismo, a nivel nacional y de igual manera en todas las provincias de la Nación Argentina, ya que vemos que son traicionados a diario los reclamos legítimos de nuestras comunidades por todas las instituciones de defensa de los intereses indígenas que dicen representarnos.

- Queremos y por lo tanto llamamos a todos los hombres y mujeres de los pueblos del alba y de Unasur a colaborar con la exigencia de la publicación oficial de todos y cada uno de los

documentos del ministerio de defensa de la Nación Argentina que, tanto en períodos dictatoriales como democráticos, revelan la existencia de ordenar matanzas y represiones violentas contra nuestras naciones originarias, (citando un solo ejemplo en el caso de rincón bomba en la provincia de formosa, en el año 1947) y que derivaron en un genocidio de doscientos años.

- Queremos y por lo tanto llamamos a todos los hombres y mujeres de los pueblos del alba y de Unasur a colaborar con la devolución de todos nuestros ancestros que se exponen en museos o en cualquier institución pública o privada dentro del territorio nacional o internacional porque consideramos un derecho inalienable de los pueblos y de los hombres poder llorar y enterrar a nuestros muertos según nuestra cosmovisión y creemos que significa una grave violación de los derechos humanos exponer públicamente los cadáveres de nuestros ancestros.

- Queremos y por lo tanto llamamos a todos los hombres y mujeres de los pueblos del alba y de Unasur a que colaboren con nosotros para que se efectivice la devolución oficial y jurídica de territorios fiscales o privados que pertenecieron a nuestros ancestros en los cuales hoy habitamos y de los cuales nos atropellan, marginan, violentan y expulsan con total impunidad, tanto ciudadanos argentinos como extranjeros, tanto empresas argentinas como transnacionales con el visto bueno del estado nacional.

- Queremos y por lo tanto llamamos a todos los hombres y mujeres de los pueblos del alba y de Unasur que nos ayuden a que se investigue, publique y difunda toda violación al convenio 169 de la oit (organización internacional del trabajo) aprobado por la ley nacional 24.071 y ratificada por las constituciones provinciales, que desde nuestras naciones originarias sean enviadas para ser investigadas oficialmente.

- Queremos y por lo tanto llamamos a todos los hombres y mujeres de los pueblos del alba y de Unasur a que intimen a las naciones que usurparon, colonizaron y destruyeron nuestra tierra durante quinientos años, que expresen públicamente su arrepentimiento y lo demuestren efectivamente devolviendo cualquier objeto material, renunciando al saqueo irrespetuoso y destructivo de nuestra madre tierra y devolviendo cualquier resto humano que probadamente pertenezcan a nuestros pueblos originarios.

- Queremos y por lo tanto llamamos a todos los hombres y mujeres de los pueblos del alba y de Unasur a que nos ayuden en la protección y preservación de los recursos naturales de los territorios de las naciones originarias preexistentes a la formación del estado nacional y de territorio campesino ,para que se denuncie y juzgue a cualquier persona o institución pública o privada, municipal, provincial, nacional o transnacional que explote, saquee, contamine o destruya nuestros recursos naturales. Para ello solicitamos a estas naciones hermanas, la conformación de una “corte suprema de justicia internacional originaria y campesina” que

.....
pueda receptor de forma exclusiva las denuncias realizadas por nuestras naciones originarias y campesinas.

- Queremos y por lo tanto llamamos a todos los hombres y mujeres de los pueblos del alba y de Unasur a la declaración inmediata de situación de emergencia humana en territorio aborigen para que se conforme una institución, de actuación inmediata, que atienda el estado de vulnerabilidad social, sanitaria, cultural, laboral, económica y educativa de nuestras naciones originarias y campesinas conformándose esta institución con participación y decisión activa de los representantes que nuestras naciones elijan democráticamente en cada comunidad y con veedores externos de otros países de América latina.

- Queremos y por lo tanto llamamos a todos los hombres y mujeres de los pueblos del alba y de Unasur a que nos ayuden en la inmediata “reforma del sistema educativo que permita enseñar en las escuelas de nuestras naciones originarias nuestra cosmovisión y cuya primera lengua de enseñanza sea la que pertenezca a la nación originaria en cuestión, pudiendo izar junto a la bandera nacional Argentina, la bandera que cada nación originaria elija, según su cosmovisión mediante consenso democrático y soberano y realizar las adaptaciones curriculares correspondientes para terminar con la mentira histórica y la mala enseñanza para nuestros hijos y descendientes. Queremos además la preservación y difusión del conocimiento ancestral medicinal y natural para que se institucionalice como aporte al conocimiento de las naciones del mundo y para que sea utilizado para el bien y la curación de nuestras enfermedades presentes y futuras.

- Queremos y por lo tanto llamamos a todos los hombres y mujeres de los pueblos del alba y de Unasur a la inmediata adhesión a lo expresado en la “conferencia mundial de los pueblos sobre el cambio climático y los derechos de la madre tierra”, en la cumbre de Cochabamba, república plurinacional de Bolivia, durante abril del 2010, que permita la preservación del medio ambiente y de la vida en la tierra para las generaciones futuras, estando nuestros pueblos originarios y campesinos en total acuerdo con lo expresado en la misma.

- Queremos y por lo tanto llamamos a todos los hombres y mujeres de los pueblos del alba y de Unasur a que nos ayuden a realizar una “reforma universitaria real” y no sólo discursiva y discriminatoria, que permita el acceso en las universidades públicas nacionales a todos nuestros jóvenes para que puedan acceder al máximo nivel educativo y puedan luego regresar a sus comunidades a colaborar con el desarrollo de las mismas según su cosmovisión originaria y campesina.

- Queremos y por lo tanto llamamos a todos los hombres y mujeres de los pueblos del alba y de Unasur a la declaración de todos los recursos hídricos, glaciares, minerales, fósiles del subsuelo, energéticos, biológicos y marinos, que son recursos estratégicos para la subsistencia

.....
de las futuras generaciones de humanos y otros seres vivos, como patrimonio inalienable, intransferible, no comerciable de la república plurinacional de Argentina ya que pertenecen a sus ciudadanos y a las naciones originarias y al las comunidades campesinas que la conforman.

- Queremos y por lo tanto llamamos a todos los hombres y mujeres de los pueblos del alba y de Unasur a que nos ayuden a la sustitución de la figura del general roca de los billetes de cien pesos de la moneda nacional que en su anverso ostenta la imagen impune de uno de los máximos genocidas de nuestros pueblos originarios y en su reverso habla cínicamente sobre una campaña que ha ocasionado la muerte de miles de hermanos nuestros en el pasado.

- Queremos y por lo tanto llamamos a todos los hombres y mujeres de los pueblos del alba y de Unasur a que declaren oficialmente “día de duelo americano” al 12 de octubre, fecha simbólica que recuerde a todos los ciudadanos del territorio americano el comienzo del exterminio colonial imperialista hacia los pueblos originarios de América y que se realicen las adaptaciones curriculares correspondientes para que se enseñe en todas las instituciones educativas públicas y privadas de América.

- Queremos y por lo tanto llamamos a todos los hombres y mujeres de los pueblos del alba y de Unasur a la discusión oficial de este documento y a su publicación masiva inmediata en el ámbito local, regional, nacional e internacional, para que pueda ser firmado por todos aquellos pueblos originarios del mundo y por aquellas personas físicas o jurídicas, instituciones y naciones que acuerden y se solidaricen con nuestro legítimo reclamo.

- Queremos y por lo tanto llamamos a todos los hombres y mujeres de los pueblos del alba y de Unasur a que se introduzca el contenido total de este documento ingresándolo por mesa de entradas de sus congresos nacionales, en ambas cámaras, en los congresos provinciales y en los consejos de representantes municipales y comunales de todo el territorio americano para que se discuta y pueda tomar estado parlamentario.

- Queremos y por lo tanto llamamos a todos los hombres y mujeres de los pueblos del alba y de Unasur a que por medio de la cancillería de cada nación, se difunda este documento en todas las embajadas del mundo para que sea discutido y difundido y para que tomen conocimiento los países y los pueblos originarios y los hombres y mujeres libres de los mismos que deseen acompañarlo solidariamente con su firma y accionar.

- Teniendo como base lo expresado en el primer manifiesto Wichí, los abajo firmantes presentes y futuros del documento tierra (tratado interétnico para la refundación de la república Argentina) expresamos soberanamente nuestras exigencias y nos proponemos a trabajar unidos por su cumplimiento efectivo desde el momento de la primera firma, expresando nuevamente que sembramos la semilla de la “refundación de la república plurinacional de Argentina” para que se convierta en una nación en cuyo proyecto se vean atendidos y respe-

.....
tados los legítimos intereses de todas las naciones y de todos los hombres y mujeres libres
que la conforman.

Los abajo firmantes somos hombres y mujeres libres.

Experiencia de una investigación en salud pública como herramienta de transformación social y visibilización de las problemáticas de derechos humanos en los Pueblos Originarios de Argentina: hacia un abordaje de las temáticas de reparación histórica.

INTERVENCIÓN COMUNITARIA PARA MEJORAR LA DETECCIÓN DE CASOS CON PRIMER EPISODIO DE PSICOSIS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN CHILE.

Autores:

Rubén Alvarado.

Médico-Psiquiatra. Magister en Salud Pública.

PhD en Psiquiatría y Cuidados Comunitarios.

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

E-mail: ralvarado@med.uchile.cl

María Teresa Valenzuela.

Periodista. Magister en Salud Pública.

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

E-mail: mavalenz@med.uchile.cl

Francisco Aliste.

Médico-Psiquiatra.

Unidad de Salud Mental. Hospital Padre Hurtado.

E-mail: franjav-al@hotmail.com

Carlos Madariaga.

Médico-Psiquiatra.

Servicio de Psiquiatría. Hospital de Iquique.

E-mail: madariaga21@gmail.com

Alberto Minoletti.

Médico-Psiquiatra.

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

E-mail: aminoletti@med.uchile.cl

Introducción.

Los Trastornos Mentales Severos son un grupo de enfermedades que generan una importante carga de enfermedad en el mundo. El carácter de severo está dado por su tendencia a evolucionar en forma crónica y por la discapacidad que producen en la persona para su funcionamiento en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana.¹ La esquizofrenia es una de las enfermedades que se incluye en este grupo, la más frecuente y la que más ha sido estudiada en sus aspectos epidemiológicos, clínicos y terapéuticos.^{2,3} Y se estima que como causa específica aporta con un 2,8% de los Años Perdidos por Discapacidad (AVISA).¹

Inicialmente, se había estimado que la esquizofrenia tenía una prevalencia de vida cercana al 1% y que ésta era estable en todos los lugares.^{1,2} Hasta hace poco se pensaba que elevadas tasas de prevalencia sólo se daban en situaciones especiales.⁴ En el año 2002, Goldner et al⁵ publicaron una revisión sistemática con trabajos más recientes (desde 1980 en adelante), donde demostraban que existía una heterogeneidad en la incidencia anual, así como en la prevalencia anual y de vida (que podía llegar a ser de hasta 2 a 5 veces, respectivamente).⁵ Recientemente, Saha, McGrath y su equipo, llegan a la misma conclusión.⁶

A pesar de lo anterior y, aunque la prevalencia sea baja respecto de otros trastornos mentales (como los depresivos o ansiosos), la relevancia para la salud pública está dada por su tendencia a evolucionar en forma crónica⁷ generando importantes grados de discapacidad y pérdida de funcionamiento psicosocial, por la afectación de la calidad de vida en los pacientes y en sus cuidadores^{8,9}, así como por la cantidad de recursos que se requieren para su atención, con los consecuentes costos que éstos conllevan.^{1,10}

Hasta hace un par de décadas atrás, la forma en que se concebían las características clínicas y la evolución de la esquizofrenia estaba marcada por el modelo desarrollado por Kraepelin, como una enfermedad cuya evolución avanzaba irremediablemente hacia el deterioro progresivo.¹¹ Esto ha cambiado en forma sustancial. Una de las áreas donde se ha concentrado gran parte de la investigación es en el período inicial del primer episodio de psicosis.¹²

En este ámbito, los autores han identificado dos momentos donde sería posible focalizar intervenciones: 1) en la etapa previa a la aparición de los primeros síntomas psicóticos (prodromo), y 2) en la fase que va desde la aparición del primer síntoma psicótico hasta el diagnóstico e inicio de un tratamiento (lo que se conoce como “Período de Psicosis No Tratada”).

Los estudios que se concentran en la fase de prodromo tienen por finalidad llegar a desarrollar intervenciones de prevención primaria, idea muy promisoriosa, pero que hasta ahora los resultados no han sido concluyentes y aún no es posible trasladarlo a políticas públicas o a acciones realizadas por los servicios sanitarios.^{12,13} Hasta la fecha, se han logrado identificar grupos de mayor riesgo para el desarrollo de un primer episodio de psicosis (que se han

.....
llamado de grupos de “ultra-riesgo” o “alto-alto riesgo”). Entre estas características están: el antecedente de un familiar directo con psicosis, la existencia de rasgos de personalidad de tipo esquizoide o esquizotípico, la presencia de síntomas psicóticos y/o atenuados. Se han desarrollado algunos criterios para identificar “estados mentales de alto riesgo” de psicosis, que incluyen combinaciones de las características anteriores, más ciertos aspectos familiares y sociales. Sin embargo, tanto los estudios como las experiencias que se han reportado hasta la fecha, señalan que sólo cerca de un 40-50% de estos casos avanzan a un episodio psicótico - por lo que en estricto rigor no debería hablarse de “prodromo” -, y que cerca de un 60% son falsos positivos.^{12,14} Además, aún existe incertidumbre acerca de cuál debería ser la mejor opción para una intervención en esta etapa, considerando la elevada tasa de falsos positivos y los riesgos de cualquier tipo de terapia (biológica y/o psicológica). Todo lo anterior deja claro que aún no es posible desarrollar programas de detección y tratamiento en esta etapa, tanto por razones técnicas como éticas.¹³

Por otra parte, como revisaremos a continuación, ya existe suficiente consenso acerca de la importancia de desarrollar intervenciones orientadas a la detección temprana de las personas que cursan su primer episodio de psicosis, con la finalidad de reducir el período de psicosis no tratada, transformándose esto en una recomendación de la OMS para todos los países del mundo.¹⁵

Fundamento teórico y empírico que sustenta el desarrollo de intervenciones orientadas a reducir el periodo de psicosis no tratada.

Es sabido que para el desarrollo de estrategias de detección precoz se requieren tres cosas: la existencia de una fase pre – clínica de la enfermedad, la existencia de un sistema eficiente para la detección de casos (con una alta proporción de verdaderos positivos y de verdaderos negativos), y la existencia de un tratamiento eficaz para esta etapa. Estos tres elementos ya están presentes frente a este problema.

Cabe recordar el planteamiento de M. Birchwood et al¹⁶, quienes desarrollaron la “hipótesis del período crítico”, en la cual planteaban que esta primera etapa de psicosis sería crucial para la evolución posterior de la enfermedad, y que correspondería a un período comprendido entre poco antes del inicio de la psicosis y alrededor de 3 a 5 años después de que ésta ha comenzado. Durante este período se producirían importantes cambios a nivel neurobiológico y psicosocial, que determinarían el pronóstico futuro.¹⁶ Durante este tiempo existen fuertes sentimientos de ansiedad y depresión, ocasionando un alto riesgo de suicidio y de consumo de drogas. Posterior a este período, la enfermedad se estabilizaría y sólo ocasionalmente presentaría reagudizaciones.¹⁶

.....

La evidencia empírica más importante que sustenta esta hipótesis es la asociación entre la duración del período de psicosis no tratada con los resultados clínicos y psicosociales en el corto y mediano plazo. En general, los seguimientos de casos en los primeros cinco años han demostrado que las personas que tienen un período de psicosis no tratada más largo muestran peores indicadores clínicos¹⁷⁻²⁰, una peor calidad de vida^{21,22} y han sufrido mayores niveles de estrés, junto a una peor adaptación personal y familiar.^{23,24}

Se han planteado varias críticas a estos estudios, entre las cuales hay dos que son importantes de destacar: 1) en su mayoría son estudios de tipo correlacional, lo que no permite dilucidar la direccionalidad de la asociación; y 2) puede haber un sesgo de selección ya que se trabaja con pacientes que han buscado y seguido un tratamiento, y no con todos los que existen en la comunidad.^{25,26} El primer punto ha motivado el planteamiento de que pudiera existir otro factor que estuviese relacionado con el tiempo de duración del período de psicosis no tratada y los resultados (por lo tanto, sería un factor contundente). Esta es una discusión vigente hasta la fecha.²⁷

Sin embargo, más allá de la discusión teórica sobre la causalidad y/o sobre un posible factor confundente, es importante notar que los estudios más recientes basados en seguimientos de una cohorte de pacientes, así como las revisiones sistemáticas, muestran en forma consistente que lograr un período más corto de psicosis no tratada se relaciona con mejores resultados clínicos y psicosociales en general.

Se puede destacar la reciente publicación de Larsen et al²⁸, producto de un estudio en el cual se comparan los resultados en pacientes atendidos en zonas donde se realizó un programa de detección precoz respecto de otras zonas donde no existían este programa (TIPS study). Sus datos muestran que, a los 5 años de seguimiento, los pacientes del primer grupo tenían mejores resultados en los indicadores de psicopatología (síntomas positivos y negativos), en síntomas depresivos, en factores cognitivos, así como en el funcionamiento social y global. Es interesante resaltar que no hubo diferencias en los tratamientos (biológicos y psicoterapéuticos) que recibieron ambos grupos, ni se pudo detectar la presencia de algún factor confundente dentro del análisis.²⁸

La gran mayoría de los autores está de acuerdo en la importancia de desarrollar intervenciones orientadas a reducir el período de psicosis no tratada, ya que los casos pueden recibir tratamientos eficaces, psicoeducación y apoyo para sus familias.^{13,29,30} No cabe duda que se trata de un imperativo técnico y ético.¹³

Experiencias de programas de intervención precoz en primer episodio de psicosis.

A continuación describiremos las primeras experiencias que tuvieron por objetivo mejorar

.....
la detección temprana de personas que sufren su primer episodio de psicosis. Utilizaremos como base el trabajo publicado previamente por uno de nosotros.¹³

El estudio pionero fue realizado en el condado de Buckinghamshire, en Inglaterra (The Buckingham Project), entre los años 1984 y 1988.³¹ Los médicos generales (GP) de un área que comprendía 35.000 habitantes fueron entrenados para detectar precozmente los posibles casos de psicosis. El diagnóstico era confirmado por un equipo especializado. En los 4 años en que el proyecto fue desarrollado se detectaron 16 personas con síntomas prodrómicos y uno a quién se le diagnosticó esquizofrenia. Los resultados de este trabajo produjeron un gran impacto en este campo. Uno de sus hallazgos más importantes fue que existían muchos casos viviendo en la comunidad, que no habían sido diagnosticados durante su primer episodio de psicosis.

Otra iniciativa de este tipo fue la dirigida por el Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (The EPPIC Study)³², en 1996, en la zona oeste de Melbourne (con una población de referencia cercana a los 800.000 habitantes), Australia. El EPPIC es un centro especializado en la detección y tratamiento de personas con psicosis. En este estudio se comparó el grupo de pacientes ingresados al centro durante el período de intervención (cohorte grupo experimental) en contraste con aquellos que lo habían hecho en los años previos al inicio del estudio (cohorte grupo control). Los autores reportaron haber logrado sólo un pequeño descenso en la mediana del período de psicosis no tratada, desde 60 semanas a 52 semanas (cifra que no fue estadísticamente significativa). El seguimiento de las cohortes demostró que el grupo experimental tenía menos re-admisiones, usaba dosis más bajas de neurolépticos (en las fases aguda y post-aguda), lograba mejores puntuaciones en calidad de vida y presentaba menos síntomas negativos. Estos mejores resultados fueron más notorios en los pacientes con un menor período de psicosis no tratada.³²

Otra experiencia semejante fue la del TIPS Study³³, que se llevó a cabo en 3 zonas (2 en Noruega y 1 en Dinamarca). Su objetivo fue la evaluación de un programa de detección y tratamiento precoz de EQZ, buscando modificar la evolución y pronóstico de esta enfermedad. Se inició en 1997 y el grupo experimental fue comparado con los ingresos de un estudio previo (1993 – 1994), donde no hubo intervención especial. Se desarrolló un extenso programa educativo en la comunidad, con énfasis en colegios y centros de atención primaria. Ellos encontraron que el grupo experimental tenía un significativo menor período de psicosis no tratada (especialmente entre los varones), los pacientes eran más jóvenes, con un mejor ajuste pre-mórbido y una psicopatología menos severa. Los pacientes con una corta fase de psicosis no tratada tenían una rápida y completa recuperación. En el grupo control no hubo este tipo de pacientes.³³ En un reporte posterior de este grupo, donde se compararon los resultados con

.....
zonas de los mismos países que no participaron de la intervención, se logró una reducción significativa del período de psicosis no tratada (mediana de 5 semanas v/s 16 semanas) y con mejores resultados clínicos.³⁴ A este grupo de trabajo corresponden los buenos resultados que fueron señalados anteriormente, en el seguimiento a 5 años de los grupos de intervención y de control.²⁸

La mayor dificultad detectada hasta ahora ha sido la de que los pacientes y sus familias tomen la decisión de buscar ayuda, y cuando esto se hace (en atención primaria) no siempre logran un buen reconocimiento y diagnóstico del problema.³⁵ Otro proyecto fue el REDIRECT (Birmingham Early Detection in Untreated Psychosis Trial), que ha puesto su foco en el entrenamiento de médicos generales (GP) para que estos mejoren su capacidad para detectar casos de primer episodio de psicosis y brinden las primeras atenciones, al igual que ha trabajado en mejorar la interrelación entre el nivel primario y secundario. Los autores reportan buenos resultados, con un incremento en la tasa de detección y un mejor funcionamiento de la interfase entre atención primaria y secundaria.

Producto de toda la experiencia acumulada, en el año 2005 se realizó una publicación en un número especial del *British Journal of Psychiatry*, que fue dedicado a este problema.¹⁵ La Organización Mundial de la Salud (OMS), juntoa la International Early Psychosis Association (IEPA) formularon las siguientes recomendaciones: a) aumentar la conciencia de la comunidad sobre el problema y la relevancia de su detección temprana (focalizar en profesores y otras instituciones comunitarias que trabajan con jóvenes); b) aumentar la capacidad de los médicos de la Atención Primaria de Salud (APS) para su reconocimiento y manejo inicial, así como una buena coordinación con el nivel secundario; y c) lograr una media de hasta 3 meses para el período de psicosis no tratada entre los pacientes.¹⁵

A pesar del consenso logrado, existen muy pocas experiencias reportadas, las que en su gran mayoría han sido hechas en países de alto ingreso, con servicios sanitarios que logran buenas coberturas y que poseen mayores recursos que el resto de los países en el mundo. Una reciente revisión sistemática sobre intervenciones que buscan reducir el período de psicosis no tratada³⁶ encontró sólo 11 estudios que evaluaban 8 iniciativas de este tipo. Una parte de ellas se focalizaban en el entrenamiento de los médicos generales de APS, y otras utilizaban una estrategia multifocal (que incluía campañas públicas y educación a otros profesionales). Los resultados aún no son concluyentes, no se logra identificar cuáles son los factores que determinan los buenos resultados, por lo que se recomienda ampliar aún más los estudios.³⁶ Esto resulta aún más válido para quienes trabajamos en contextos de servicios sanitarios que cuentan con menos recursos.

Características y desarrollo de la intervención.

El desarrollo de la intervención en Chile, sus características y su evaluación de proceso fueron reportadas en una publicación previa de nuestro equipo.³⁷

La intervención tuvo como objetivos: 1) aumentar la conciencia de la comunidad sobre el problema y la relevancia de la detección temprana; 2) aumentar la capacidad de los médicos de Atención Primaria de Salud (APS) para su reconocimiento y manejo inicial, y 3) establecer una buena coordinación con el nivel secundario. Esta fue realizada en las Comunas de Alto Hospicio (ciudad de Iquique), La Granja y El Bosque (ciudad de Santiago).

Para lograr estos objetivos se trabajó en dos ámbitos en forma paralela, todo lo cual fue liderado por los equipos de los servicios comunitarios de salud mental que correspondían a las áreas en donde se efectuaba el trabajo: 1) profesionales de APS, y 2) organizaciones de la comunidad, tales como establecimientos educativos y ONG de mujeres.

La estrategia utilizada con profesionales de APS fue una capacitación presencial de alrededor de 4 horas de duración, con componentes de tipo teórico y práctico. Se comenzaba con una presentación sobre la relevancia del problema (que incluía aspectos epidemiológicos, clínicos y sociales), seguida de otra presentación con aspectos teóricos acerca de la psicosis (con mayor énfasis en la esquizofrenia, como modelo de enfermedad psicótica) y ,en especial, sobre el primer episodio de psicosis. En esta etapa se ponía un acento mayor en los aspectos clínico - psicopatológicos, resaltando aquellos síntomas que permiten sospechar y/o hacer el diagnóstico. A continuación, se utilizaron videos con casos clínicos, para mostrar y precisar los elementos psicopatológicos que anteriormente se habían descrito. Si era necesario se repetían los videos, hasta que todos los profesionales señalaran que habían comprendido lo que se estaba enseñando.

En el caso del trabajo con las escuelas y las ONG (especialmente las que trabajan con jóvenes y en desarrollo comunitario), la estrategia fue la comunicación educativa a nivel grupal, que se realizó a través de reuniones comunitarias de 90 minutos de duración, que incluyeron el uso de materiales audiovisuales y escritos, confeccionados en forma especial para este proyecto.

En la tabla 1 se presentan los objetivos específicos y los contenidos para cada grupo que participo en la intervención.

Los materiales fueron diseñados en forma especial para esta intervención, el video de casos clínicos a pacientes con esquizofrenia fue producido por profesionales de nuestro equipo académico. Las entrevistas clínicas fueron hechas por médicos de los servicios de salud mental que participaron en esta experiencia. Se pidió autorización y consentimiento informado a los pacientes (y familiares) para grabar su entrevista clínica con fines docentes y para ser

TABLA I
DESCRIPCIÓN DE OBJETIVOS Y CONTENIDOS DE LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA PARA CADA GRUPO.

Grupo	Objetivos	Contenidos
Profesionales de Atención Primaria	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer la capacidad para la detección de posibles casos. 2. Desarrollar la capacidad para hacer un buen diagnóstico. 3. Desarrollar capacidades para persuadir a la persona y su familia de la importancia de iniciar tratamiento en forma temprana. 	<ul style="list-style-type: none"> • Video motivación. • Clase expositiva sobre generalidades de psicosis y esquizofrenia. • Análisis de video con casos clínicos. • Clase expositiva sobre primer episodio de psicosis. • Explicación sobre la función que se espera de los médicos de APS dentro de este programa.
Organizaciones Comunitarias (escuelas y ONG de mujeres)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aumentar el conocimiento y la conciencia de la comunidad sobre el problema y la relevancia de su detección temprana. 2. Fortalecer la capacidad para identificar jóvenes que pudiesen estar comenzando un episodio psicótico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ponencia audiovisual con los siguientes contenidos: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Qué es la esquizofrenia. ◦ Cómo la podemos reconocer síntomas tempranos, avanzados y “escondidos”. ◦ Falta de percepción de enfermedad. ◦ Orientación a la acción. • Diálogo y aclaración de dudas: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Conversación con los asistentes. ◦ Entrega de folleto informativo.

utilizada en el entrenamiento de médicos y otros profesionales de la salud.

El video de motivación fue realizado por alumnos de la carrera de medicina, que al mismo tiempo eran ayudantes en el Instituto de Salud Poblacional “Escuela de Salud Pública, Dr. Salvador Allende G.”, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, quienes realizaron una edición de la película “*Una mente brillante*”, extrayendo fragmentos que mostraban los síntomas de una psicosis, así como la evolución del paciente.

Se elaboraron folletos con información sobre la enfermedad, sus síntomas y un llamado a la acción para apoyar la detección temprana de casos y derivarlos a la APS, que fueron creados por nuestro equipo docente y por los alumnos ayudantes. Se realizó un cuidadoso trabajo de validación del contenido con grupos de familiares de personas con esquizofrenia. El objetivo fue resguardar la forma y el lenguaje que tendrían los mensajes para evitar posibles actitudes estigmatizadoras que pudieran surgir en la comunidad y en los equipos de APS.

El desarrollo de la intervención comunitaria estuvo a cargo de los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental de los hospitales participantes en el proyecto, con el apoyo de académicos de la universidad.

Resultados.

Hemos dividido los resultados en dos tipos: 1) la evaluación de resultados propiamente tal, que se focaliza en las personas con un primer episodio de psicosis y donde se utilizó un diseño cuasi-experimental (comparando los resultados de las áreas donde se efectuó la in-

.....
tervención v/s las áreas donde no se realizó nada más de lo que habitualmente se hace); y 2) la evaluación de proceso, que se focaliza en los participantes de la intervención y utilizó un enfoque cualitativo de tipo etnográfico.

Evaluación de resultados en los pacientes.

Para esta parte, se utilizó un ensayo comunitario con un diseño cuasi-experimental, con evaluaciones pre y post intervención. La intervención se realizó en 3 zonas geográficas dependientes de 3 Unidades de Psiquiatría (2 en Santiago y 1 en Iquique) y se tuvo otras 3 zonas geográficas como áreas de control (también dependientes de esas mismas unidades clínicas).

En primer lugar, se compararon las tasas de detección de casos con primer episodio de psicosis, antes y después de la intervención (los dos años previos y el año siguiente, a la intervención). La línea basal (período pre-intervención) para la tasa de detección en el conjunto de las áreas estudiadas fue de 5,1 por 100.000 personas (mayores de 15 años), con un rango que fluctuó entre 3,8 y 7,2 por 100.000 personas. Al analizar las tasas de detección post-intervención se encontró un aumento estadísticamente significativo de 2,61 veces (con un IC 95% entre 1,50 y 4,55) en las zonas donde se aplicó la intervención, mientras que en las zonas de control -donde no se realizó la intervención- se mantuvo la tasa de detección sin variación. Esto permite concluir que la intervención fue efectiva en mejorar la tasa de detección de casos con primer episodio de psicosis.

Durante el año de seguimiento post-intervención se identificaron 33 casos (pero 2 de ellos no pudieron ser ubicados, otro rechazó ser encuestado y uno se trasladó a vivir a otra región del país, no alcanzando a ser encuestado). En suma, se entrevistaron 29 personas, de las cuales 23 fueron hombres (79,3%) y 6 mujeres (20,7%).

Respecto de los indicadores en los pacientes, se observó que aquellos que provenían de las zonas de intervención tenían un período de psicosis no tratada menor (una mediana de 4 meses v/s 6 meses en los pacientes de las zonas de control), un puntaje significativamente menor en la PANSS, indicando menor intensidad de toda la psicopatología, y mejores indicadores de calidad de vida.

También resultó muy interesante encontrar una correlación significativa entre el tiempo de duración del período de psicosis no tratada con la intensidad de la psicopatología (en un sentido positivo) y con la calidad de vida (en un sentido negativo o inverso). Esto quiere decir que mientras más precozmente se detecte la psicosis, menor es la intensidad de los síntomas psicopatológicos y mejor calidad de vida.

Evaluación de proceso en los participantes de la intervención.

La finalidad de esta evaluación fue la identificación de logros y obstáculos durante la implementación de la intervención, para extraer lecciones y generar recomendaciones.³⁷

Se utilizó un enfoque cualitativo de tipo etnográfico, sobre la base de las opiniones de las personas que participaron de la intervención comunitaria, incluyendo a los coordinadores locales, así como los grupos objetivo (médicos de APS y profesores). Se utilizaron entrevistas abiertas estandarizadas, donde la secuencia de las preguntas fue determinada previamente y se siguió un formato completamente abierto. Sólo en un caso (un grupo de profesores de uno de los lugares) se realizó una reunión grupal, siguiendo el mismo formato al utilizado en las entrevistas individuales. Todo el material fue grabado, transcrito y se realizó un análisis narrativo de contenido, utilizando categorías de carácter mixto (combinando temas emergentes con los establecidos en la entrevista).

Los resultados de estas entrevistas mostraron que la intervención tuvo buen logro y un alto impacto en el aumento de la conciencia de la comunidad acerca del problema y la relevancia de la detección temprana. El tiempo de la capacitación se consideró escaso por parte de los profesores.³⁷

Respecto del objetivo de aumento de la capacidad de los médicos de APS para el reconocimiento y manejo inicial de los casos, se consideró logrado casi por completo. La intervención fue bien valorada en cuanto a la importancia del tema, la calidad del proceso de entrenamiento y al modo en que este se desarrolló. Sin embargo, hubo reparos a la entrega de mucha información en tan escaso tiempo. Se sugirió que la capacitación considerara refuerzos posteriores.³⁷

La coordinación con la red de atención de salud presentó particularidades de acuerdo al sector. En uno de los lugares la relación se evaluó como fluida entre los distintos niveles de atención; en otro, se describieron restricciones ligadas a la diferente priorización de problemas de salud, que contempla pobremente los de salud mental; por último, en el tercer lugar, el recambio de autoridades y de profesionales del equipo local afectó fuertemente las relaciones entre los diferentes niveles de la red.³⁷

Por otra parte, los materiales de apoyo y sus contenidos fueron muy bien valorados.³⁷

Aprendizajes y Conclusiones.

Los resultados descritos previamente nos permiten afirmar que una intervención de este tipo permite cumplir con sus objetivos, lo cual es consistente con los resultados observados en otros países³⁶ y con las recomendaciones de organizaciones multilaterales y expertas en este problema.¹⁵

La intervención es fácil de realizar y de bajo costo. Al mismo tiempo, permite fortalecer el trabajo colaborativo entre los dos niveles de atención (APS y Servicios de Salud Mental del nivel secundario) dentro de las redes de servicios sanitarios. A su vez, el trabajo con el sector educacional y con ONGs permite fortalecer el enfoque comunitario en salud mental. De esta forma, una intervención de este tipo no sólo logra enfrentar adecuadamente el primer paso (la detección) frente a un problema relevante de salud mental poblacional, sino que también es consistente con las políticas públicas en este campo.¹

Un aspecto muy importante que debe ser considerado es la disponibilidad de tratamientos efectivos para las personas en quienes se detecta un primer episodio de psicosis. No sería recomendable ni éticamente aceptable implementar una estrategia de detección de casos sin contar con estos tratamientos (considerando el acceso, la disponibilidad y la calidad de estos).

Si se opta por implementar esta intervención, es recomendable considerar los puntos que fueron señalados en la evaluación de proceso: perfeccionar el entrenamiento (con mayor énfasis en los aspectos clínico - psicopatológicos), repetir o reforzarlo cada cierto tiempo, e involucrar a los equipos especializados con los de APS (y así fortalecer la coordinación entre ellos).

Bibliografía:

1. World Health Organization. The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization; 2001.
2. Warner R, de Girolamo G. Epidemiology of Mental Disorders and Psychosocial Problems: Schizophrenia. Ginebra: WHO; 1995.
3. Van Os J, Kapur Sh. Schizophrenia. Lancet 2009; 374: 635–45.
4. World Health Organization. Schizophrenia and Public Health. Geneva: WHO/MSA/NAM/97.6; 1998.
5. Goldner EM, Goldner L, Waraich P, Somers JM. Prevalence and Incidence Studies of Schizophrenic Disorders: A Systematic Review of the Literature. Canadian Journal of Psychiatry 2002; 47: 833–43.
6. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality. Epidemiologic Reviews 2008; 30: 67 – 76.
7. Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G et al. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten – country study. Psychol Med 1992;20: 1 – 97.
8. Bobes J & González MP. Calidad de vida en la esquizofrenia. En: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (Ed). Calidad de vida en los trastornos mentales. España: Masson; 2000. Pp. 157 – 169.
9. Schene AH, Tessler RC, Gamache GM. Caregiving in severe mental illness: conceptualization and measurement. En: Kundsén HC & Thornicroft G (Ed). Mental Health Service Evaluation. Great Britain: Cambridge University Press; 1996. Pp. 296 – 316.
10. Knapp M. Schizophrenia costs and treatment cost – effectiveness. Acta Psychiatr Scand 2000, 102 (suppl 407): 5 – 18.
11. Kraepelin E. Dementia Praecox. En: Cutting J. And Shepherd M. The clinical routes of the schizophrenia concept. United Kingdom: Cambridge University Press; 1896.
12. McGorry P, Killackey E, Yung A. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. World Psychiatry 2008; 7: 148 - 156.
13. Alvarado R, Erazo C, Poblete C. ¿Es posible y útil la detección precoz como estrategia de salud pública para el primer episodio de psicosis? Rev Chil Salud Pública 2006; 10 (3): 158 – 163.
14. Tizón JL. La atención de los pacientes con estados mentales de alto riesgo (de psicosis). En: Deviat M, Moreno A, eds. Acciones de salud mental en la comunidad. España: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2012. Pp. 513 – 534.

15. Bertolote J & McGorry PD (on behalf of the WHO & IEPS). Early intervention and recovery for young people with early psychosis: consensus statement. *Br J Psychiatry* 2005; 187 (suppl. 48): s116 – s119.
16. Birchwood M, Todd P, Jackson C. Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *Br J Psychiatry* 1998; 172 (suppl. 33): 53 – 59.
17. Loebel AD et al. Duration of untreated psychosis and outcome in first episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1992; 149 (9): 1183 – 1188.
18. McGorry PD et al. EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr Bull* 1996; 22 (2): 305 – 326.
19. Remington G, Kapur Sh, Zipurski R. Pharmacotherapy of first – episode schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1998; 172 (suppl. 33): 66 – 70.
20. Perkins DO et al. Predictors of antipsychotic treatment response in patient with first – episode schizophrenia, schizoaffective and schizophreniform disorders. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 18 – 24.
21. Browne St et al. Determinants of quality of life at first presentation with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000; 174: 173 – 176.
22. Malla AK et al. Determinants of quality of life in first – episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109: 46 – 54.
23. Häfner H. Onset and early course as determinants of the further course of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102 (suppl 407): 44 – 48.
24. Birchwood M. Pathways to emotional dysfunction in first – episode psychosis. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 373 – 375.
25. Friis S et al. Methodological pitfalls in early detection studies – the NAPE Lecture 2002. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 107: 3 – 9.
26. Norman R et al. Duration of untreated psychosis and its relationship to clinical outcome. *Br J Psychiatry* 2005; 187 (suppl. 48): s19 – s23.
27. Malla AK, Norman R, Joober R. First – episode psychosis, early intervention, and outcome: what have we learned? *Can J Psychiatry* 2005, 50: 881 – 891.
28. Larsen TK, Melle I, Auestad B, Haahr U, Joa I, Johannessen JO et al. Early detection of psychosis: positive effects on 5-year outcome. *Psychol Med* 2011; 41: 1461 - 9.
29. Spencer E, Birchwood M, McGovern D. Management of first-episode psychosis. *Adv Psychiatry Treatment* 2001, 7: 133 – 142.
30. Bustillo JR, Lauriello J, Horan WP, Keith SJ. The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. *Am J Psychiatry* 2001. 158: 163 – 175.

-
31. Falloon IR, Kydd RR, Coverdale JH, Tannis ML. Early detection and intervention for initial episodes of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1996; 22: 271 – 282.
 32. Carbone S, Harrigan S, McGorry PD, Curry C, Elkins K. Duration of untreated psychosis and 12-month outcome in first – episode psychosis: the impact of treatment approach. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100: 96 – 104.
 33. Larsen TK, Johannessen JO, Guldberg C, Opjordsmoen S, Vaglum P, McGlashan TH. Early intervention programs in first – episode psychosis and reduction of duration of untreated psychosis (DUP). *Schizophr Res* 1999; 36: 344 – 345.
 34. Melle I, Larsen TK, Haahr U, Friis S, Johannessen JO, et al. Reducing the Duration of Untreated First – Episode Psychosis. Effects of clinical presentation. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 143 – 150.
 35. Skeate A et al. Duration untreated psychosis and pathway to care in first – episode psychosis. Investigation of help – seeking behaviour in primary care. *Br J Psychiatry* 2002; 181 (suppl. 43): s73 – s77.
 36. Lloyd-Evans B, Crosby M, Stockton S, Pilling St, Hobbs L, Hinton M, Johnson S. Initiatives to shorten duration of untreated psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry* 2011; 198: 256 – 263.
 37. Valenzuela MT, Pastorino M, Alvarado R, Villalón M, Durán E, Hirmas M, Venegas J. Diseño y evaluación de proceso de una intervención comunitaria para la detección precoz del primer episodio de psicosis en Chile. *Rev Chil Salud Pública* 2012; 16 (2): 123 - 130.

EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE VIDA Y LAS NECESIDADES DE USUARIOS RESIDENTES DE HOGARES PROTEGIDOS PARA PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES EN CHILE.

Autores:

Franco Mascayano Tapia.

Afiliación: Investigador Asistente.

Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina.

Universidad de Chile.

Andrés Salas Martinic.

Afiliación: Facultad de Medicina.

Universidad de Chile.

Thamara Tapia Muñoz.

Afiliación: Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos.

Universidad de Chile.

Jorge Chuaqui Kettlun.

Afiliación: Instituto de Sociología.

Universidad de Valparaíso.

Santo Domingo 16, Valparaíso, Chile.

Teléfono: (+56)(32)2114898

E-mail: jorge.chuaqui@gmail.com

Evaluación de las condiciones de vida y las necesidades de usuarios residentes
de hogares protegidos para personas con enfermedades mentales en Chile.

Introducción.

En la actualidad se considera fundamental incluir la perspectiva de las personas con enfermedades mental en el diseño, implementación y evaluación de los servicios de salud mental. La consideración de las necesidades individuales de los usuarios resulta vital, dado que permite ajustar adecuadamente la oferta de prestaciones socio-sanitarias. En el caso de Chile, el Ministerio de Salud ha reconocido esta necesidad y ha recomendado incorporar activamente a los usuarios en el desarrollo de intervenciones de salud mental, con el fin de avanzar hacia una perspectiva integral de la recuperación y la inclusión social.¹

Cabe indicar que desde la década de los 90' nuestro país inició la adopción de un modelo de atención comunitaria para la salud mental.² Durante el año 2000, se publicó el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, dando paso a la generación de diversas modalidades de atención ambulatorias: Hospitales de Día, Centros de Comunitarios de Salud Mental, Centros de Rehabilitación y Clubes de Integración Social.³ Uno de los dispositivos que surge con la reforma chilena fue un tipo de hogar residencial denominado "Hogar Protegido", que forma parte del Programa de Tratamiento para la Esquizofrenia.² Dichos dispositivos emergen como una propuesta para acoger a las personas con enfermedades mentales con necesidades habitacionales básicas. Su objetivo principal es ofrecer un ambiente familiar para los usuarios y fomentar el desarrollo de su autonomía e inserción social.⁴ Sin embargo, a la fecha se desconoce el real impacto de este tipo de residencias en sus habitantes, particularmente en lo que refiere al ejercicio de sus derechos y a su calidad de vida. Por ende, una evaluación que rescate la visión de los beneficiados permitiría comprender hasta qué medida el objetivo de estos centros residenciales se está cumpliendo y no se han convertido en otra forma de institucionalización, como se ha reportado en algunos países europeos y también en Latinoamérica.⁵⁻⁸

En virtud de lo anterior, nuestro interés se centró en evaluar, desde la perspectiva de los usuarios, si los hogares protegidos para personas con una enfermedad mental efectivamente aseguran adecuadas condiciones de vida y cubren las necesidades básicas, psicológicas y sociales de sus residentes. A partir de lo anterior, se estructuró un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal y diseño mixto de investigación. Durante la fase cualitativa se entrevistaron a 18 usuarios residentes en 9 Hogares Protegidos pertenecientes a las comunas de Valparaíso y San Antonio; además se efectuaron 9 entrevistas en profundidad con familiares. Dicha información fue sometida a un análisis de contenido y sirvió de base para elaborar una encuesta de evaluación de necesidades para residentes de hogares protegidos. Posteriormente, este instrumento fue aplicado de forma piloto a una muestra de 58 habitantes de hogares de la Región de Valparaíso. En cada una de las fases se invitó a participar voluntariamente a los usuarios

que cumplieran los criterios de inclusión, así como a sus familiares, previo consentimiento informado. Para la validación de constructo del instrumento se efectuó un análisis factorial y se estableció la fiabilidad del instrumento utilizando el coeficiente de alfa de Cronbach.

Antecedentes.

En la actualidad, el apoyo para conseguir un alojamiento o residencia adecuada para los afectados por enfermedades mentales se considera una prestación clave para su “recovery”.⁹ A la fecha, se han desarrollado diversos modelos de residencias o casas para estas personas, agrupándose en tres grandes categorías. La primera refiere a las denominadas “custodial housing”, un tipo de residencia caracterizada por una supervisión permanente por profesionales de la salud.¹⁰ En general, cuentan con un sistema de reglas restrictivo, con una alta dependencia de los residentes y un gran número de éstos (en promedio 17 o más).¹¹ A pesar de su contribución en la reducción de la sintomatología de cierto grupo de usuarios (particularmente los que presentan cursos crónicos de enfermedad),¹² se ha considerado que este sistema impacta negativamente en la inclusión social de los individuos, ya que impide un correcto ajuste a las necesidades de cada persona e implica costosas inversiones para los servicios de salud.^{13,14}

Por otra parte, desde la década del 80’ se ha desarrollado, particularmente en Reino Unido y Norteamérica, un modelo denominado “supportive housing”.⁹ Dicho modelo se basa en el denominado “continuum residencial”; es decir, una gama de programas de asistencia en “housing” que combina distintas alternativas, según niveles de supervisión y apoyo, en un intento de adaptarse a los respectivos niveles de dependencia que presentan los usuarios.¹⁵ Ejemplos van desde los “group homes” o “half-way homes”, que son residencias particulares supervisadas por cuidadores y en donde viven alrededor de 8 personas, hasta apartamentos individuales o grupales que reciben una supervisión semanal por parte de profesionales de la salud, “case manager” u otros agentes comunitarios.¹⁶ Se ha asociado una buena calidad de vida y satisfacción usuaria a este tipo de hogares.^{11,17} Sin embargo, se ha detectado que estas residencias, especialmente del estilo “group homes”, pueden generar alta dependencia de los usuarios con sus cuidadores,¹⁸ surgiendo el riesgo de (re)institucionalización y un escaso contacto y participación social con la comunidad.¹⁹

Finalmente, un modelo que se ha ido afianzando en países de altos ingresos es el llamado “supported housing”.²⁰ Su principal característica es apoyar a la persona según sus necesidades y deseos personales, por lo tanto se respeta la decisión de los usuarios respecto el lugar en el que desean habitar. Los usuarios pueden vivir solos o con otras personas (amigos, pareja) en sus propios apartamentos.²¹ Los profesionales de apoyo (“case manager”, por ejemplo),

.....
contribuyen a la búsqueda de un hogar para el usuario, desechando la opción de vivir en cualquier espacio institucionalizado.¹⁴ En lo que respecta a evidencia, el estudio de Heer-Wunderink et al.,²² en donde se entrevistaron a 255 usuarios que vivían en diferentes tipos de hogares, identificó que las personas que vivían independientemente presentaron mayor inclusión social (actividades y contacto con otros) que los usuarios que vivían en residencias supervisadas. Por su parte, los reportes publicados por el programa norteamericano “Housing First”, han revelado que el modelo de “supported housing” genera buenos resultados en indicadores como permanencia en el hogar, adherencia al tratamiento, calidad de vida y apoyo social.^{21,23}

Visión de los usuarios respecto a los hogares.

Rescatar la perspectiva de los usuarios respecto a los servicios de “housing” ha sido históricamente una práctica infrecuente. Sin embargo, dado el desarrollo del “supported housing” en los últimos años, diversos estudios han indicado la importancia de valorar y respetar la decisión de las personas con discapacidad mental respecto a su propio hogar. Estudios en USA y Canadá han dado cuenta de esta situación, relacionando esta capacidad de decisión con altos niveles de satisfacción usuaria y calidad de vida.^{24,25}

Asimismo, diversa evidencia indica que los usuarios generalmente prefieren vivir en espacios poco normados, en donde se les permita ejercer su voluntad, tener el control de sus propias vidas y recuperar su dignidad. El estudio de Nelson et al.,²⁴ en donde se entrevistó a 300 usuarios, reportó que el 79,3% de ellos prefirió vivir en su propio apartamento o casa y el 67% vivir solo o con amigos. Por su parte, en un estudio cualitativo que incorporó a 13 participantes, se halló que los usuarios presentaron un gran deseo por vivir independientemente, señalando que es la mejor forma para mejorar su salud mental y recuperación dado el contacto directo con apoyos sociales y recursos comunitarios.²⁶

Es relevante señalar que lo reportado es una tendencia a nivel global, relacionada con los movimientos de usuarios y su filosofía de empoderamiento personal. Tal cual hemos señalado, incorporar su visión es fundamental para un correcto desarrollo de los servicios de salud mental y, probablemente, la mejor estrategia para contribuir en su recuperación.¹¹ Sin embargo, se debe tener en cuenta que esta visión puede contraponerse con la postura de los familiares y profesionales. Piat et al.²⁷ y Friedrich et al.²⁸, han señalado que los miembros de la familia usualmente prefieren hogares con mayor estructura y normas que lo deseado por los usuarios. Esto también es reforzado por un estudio chileno, en donde los familiares reportaron temor a la opinión de vecinos u otros miembros de la comunidad, si es que los usuarios sufrían alguna crisis o descompensación.²⁹ A su vez, en la investigación de Heer-Wunderink et al.,²² en donde se contrastó la opinión de 255 usuarios frente a 75 trabajadores comunitarios respecto

.....
a preferencia de hogar y tipo de hogar recomendando, se identificó que las mayoría de los profesionales preferían que los usuarios viviesen en lugares con supervisión permanente.

Consideraciones respecto a la realidad local.

Con respecto a Latinoamérica, Caldas de Almeida puntualiza que el desarrollo de los servicios en esta región presenta todavía una serie de barreras y obstáculos.⁸ Una de éstas es la falta de capacidad técnica para coordinar y supervisar los servicios de salud y la resistencia por parte de algunos profesionales al cambio a un nuevo modelo de atención en la comunidad, con la inclusión social como objetivo primordial.

Actualmente Chile presenta el “supportive housing” como modelo hegemónico para atender las necesidades de residencia de los usuarios. Los dispositivos activos adoptan la figura de “group homes”, recibiendo supervisión permanente por parte de cuidadores sin formación técnica en apoyo comunitario. Según Minoletti,³⁰ hoy en día hay alrededor de 113 hogares protegidos en el país (con 882 usuarios) y 24 residencias protegidas (con 227 usuarios). Las evaluaciones realizadas hasta el momento (Minsal, 2003, 2006), señalan una falta de supervisión por parte de los Servicios de Salud y del Ministerio de Salud, lo que puede exponer a los residentes a situaciones de vulnerabilidad (abuso, maltrato, negligencia, etc.) y afectar profundamente su calidad de vida.^{4,31} Asimismo, dada la escasa formación técnica de los cuidadores a cargo en temas de estigma, empoderamiento personal, vinculación comunitaria y apoyo social, resulta improbable que el objetivo de la integración social se cumpla. Por último, considerando que son mayoritariamente los cuidadores de los hogares los que manejan las pensiones asistenciales de los usuarios, el riesgo a la dependencia y a la pérdida sustancial de la autonomía es una realidad.³¹

En síntesis, considerando que por norma los Hogares Protegidos están encargados de promover acciones para la inclusión social de usuarios, lo que equivale a potenciar y facilitar la participación en la vida política, educacional, laboral, económica y cultural; y que además, cuentan con una relativa independencia en su administración, se hace imperativo indagar hasta qué nivel la des-institucionalización de los usuarios es posible y en qué grado se está promoviendo el desarrollo de su autonomía.

Objetivo General.

Describir las condiciones de vida y la satisfacción de necesidades básicas, psicológicas y sociales en un grupo de usuarios residentes de hogares protegidos de la región de Valparaíso, Chile.

Método.

Diseño del estudio.

El presente equipo desarrolló un estudio descriptivo, de corte transversal y diseño mixto (cualitativo-cuantitativo), que consideró la creación de un instrumento para evaluar las condiciones de vida y la satisfacción de necesidades en personas que habitan hogares protegidos. Dicho instrumento posee un apartado de información socio-demográfica, y dos escalas de medición de necesidades que el Hogar debe satisfacer según su normativa: básicas/psicológicas (aseo, alimentación, protección, intimidad) y sociales (autonomía, participación y reinserción social). De esta forma, se buscó abarcar a cabalidad la evaluación del cumplimiento de los diferentes objetivos que estipula la Norma Técnica de los Hogares Protegidos.

Procedimientos.

El estudio contó con dos grandes fases: 1) la implementación de estrategias cualitativas de investigación, y 2) el diseño y aplicación de un instrumento de necesidades. Para la primera etapa, se entrevistó a 18 usuarios de los 9 hogares protegidos de las comunas de Valparaíso y San Antonio. Los criterios de inclusión de los participantes fue haber permanecido más de un año en un Hogar Protegido y no presentar episodios psicóticos activos. Esto último fue corroborado a partir de la entrevista inicial con cada usuario, asesorada por un profesional clínico de la investigación con experiencia en evaluación diagnóstica, instancia en la cual se invitaba a participar y se explicaba la confidencialidad, los objetivos y alcances del estudio. Por otra parte, existió un único criterio de exclusión: presencia de déficits sensoriales o cognitivos que le impidiesen participar de las entrevistas.

Una vez aceptaban participar, se les hizo entrega del consentimiento informado y se les consultó por un/a familiar con el cual mantuviesen contacto permanente, a quienes se les invitó a participar repitiendo el anterior procedimiento. Los participantes fueron informados de la voluntariedad de este estudio y de la posibilidad de finalizar su participación en cualquier etapa, sin afectar de ninguna forma la atención y tratamiento que reciben en cada unidad de salud mental ambulatoria y en el propio Hogar.

Para las entrevistas, se elaboró una pauta de entrevistas en virtud de los objetivos del estudio y la literatura vigente, con énfasis en preguntas que permitiesen respuestas abiertas para asegurar la calidad, profundidad y dispersión de las opiniones. Se realizaron 18 entrevistas en profundidad y 2 grupos focales (de una sesión cada uno) con los usuarios, más 9 entrevistas en profundidad con sus familiares.

Tras el análisis cualitativo derivado de dichas técnicas de recolección de información, se construyó un instrumento con una serie de ítems iniciales. El total de ellos (86) fue sometido

.....
a evaluación mediante juicio de expertos para una validez semántica o de contenido, para lo cual se les solicitó a cinco expertos contestar una entrevista semi-estructurada relativa a los contenidos evaluados, el formato o estructura de las preguntas, así como sugerir tópicos o preguntas a incorporar. Los 5 jueces consultados estuvieron de acuerdo en la pertinencia de los contenidos e hicieron algunas sugerencias respecto de nuevos contenidos y sintaxis de las preguntas, indicaciones que fueron incluidas en una nueva versión del instrumento. De este modo, resultaron finalmente en el instrumento validado, tanto por los expertos como estadísticamente, un total de 72 reactivos.

Posteriormente, se procedió a una aplicación piloto del instrumento a la totalidad de los usuarios residentes de los 17 Hogares Protegidos de la Región de Valparaíso, que estuviesen dispuestos a participar voluntariamente y según las consideraciones expuestas en los criterios de inclusión, resultando una muestra final de 58 usuarios. Para generar la validez de constructo de las escalas de necesidades básicas-psicológicas y sociales, se llevó a cabo a un análisis factorial exploratorio. Así, en función del análisis descriptivo de las respuestas y de los análisis de validez y confiabilidad, se logró obtener la versión final del instrumento.

Análisis de la información.

En lo que respecta al análisis cualitativo, la información obtenida por las entrevistas fue transcrita y sometida posteriormente a un análisis de contenido usando el software Atlas-Ti. En ello se utilizó un proceso mixto de “codificación abierta” y de identificación de conceptos claves y categorías iniciales, lo que permitió desarrollar una matriz donde las categorías adoptaron definiciones operacionales según los códigos identificados en los discursos de los participantes. Para hacer más riguroso el procedimiento, se desarrolló una evaluación de concordancia entre los miembros que codificaron las entrevistas, por medio del cálculo del índice Kappa. Dependiendo de la entrevista transcrita, se codificaron alrededor de 72-123 líneas de texto, con un grado de acuerdo entre los codificadores mayor al 80%. De este modo, el esquema resultante adoptó una composición jerárquica de Ejes Discursivos, Metacategorías, Categorías y Unidades de Registros, representando éstos últimos las porciones mínimas de significado presentes en los párrafos o unidades de texto.

El análisis de los resultados cuantitativos se realizó por medio del programa estadístico SPSS versión 21. Asimismo, se llevó a cabo análisis descriptivos de todas las variables evaluadas a través de la encuesta, a saber, medias, desviación estándar y frecuencia, según correspondiera. A su vez, se realizó un análisis de correlación y comparación para evaluar la relación entre las variables.

Resultados Cualitativos.

Tras el análisis de la información entregada por usuarios y familiares, se establecieron dos Ejes Discursivos: “Calidad de Vida en el Hogar” e “Inclusión, Exclusión y Recovery”.

Calidad de Vida en el Hogar.

En términos generales, el Hogar Protegido es percibido como un lugar altamente normado, en torno a un régimen cuya variación en el tiempo es mínima. A modo de ejemplo, un hombre indica lo siguiente:

“...fuera del hogar, o sea hay que independizarnos porque ahí como que estoy sometido. No sé si es el hospital mismo, o la actividad que hago, entonces no... no soy libre, no puedo responder por mí mismo, a mi persona y... y yo miro al hospital y bueno, los doctores ¡qué pensarán de uno! Porque uno está enfermo, dicen ellos”.

Por su parte, los usuarios perciben que los hogares cubren sus necesidades básicas. Además, algunos señalaron que esto sería suficiente para tener una buena calidad de vida. A modo de ilustración, un usuario comentó:

“...lo bueno que hay es que tenemos agua caliente pa’ la ducha, tenemos alimentación, tenemos una cama limpia, un lugar limpio, aseado. Tenemos nuestra pensión asistencial que son útiles de aseo, champú, esas cosas básicas. O sea, tenemos lo que una persona necesita”.

Las actividades cotidianas son entendidas por los usuarios como rutinarias, estandarizadas mediante horarios fijos y determinadas mayoritariamente por sus cuidadores. Asimismo, usuarios señalaron que los cuidadores tenían una actitud paternalista hacia ellos, monitorean particularmente las actividades de aseo y limpieza. Una mujer señala lo siguiente:

“Hay algunos que se sienten tratados como niños...no nos toca a todos, a algunos les toca...pero no lo comento con nadie, lo escucho y digo “debe ser complejo sentirse así” al decirte “¿te lavaste los dientes? “¿oye te afeitaste?”.

En lo concerniente a la normativa interna del Hogar, los usuarios refieren abiertamente la presencia de obstáculos en el interior del Hogar para el desarrollo de su autonomía personal y de sus proyecciones personales. Un participante indicó que:

“Yo a veces lo pienso, si me pongo a estudiar, a trabajar, a hacer cualquier cosa, me... me... me puedo volver al hospital. Pero yo pienso que nos están preparando para algo positivo, algo bueno. Entonces yo... yo no sé. Una señora a veces me dice que yo tengo que, toda la vida, vivir en un hogar”.

Las restricciones en las proyecciones personales son igualmente apoyadas por algunos familiares, quienes afirmaron que los usuarios carecen de las competencias necesarias para llevar una vida independiente. Un familiar hombre señaló que:

“No, él no tiene planes para sí mismo. No, él está en el plan de que él sabe que va a vivir unos años más y que de ahí se va a ir a otra casa a donde otras personas y eso no más. No tiene proyectos personales porque sabe que no tiene, no tiene la capacidad. La capacidad para estar solo”.

Inclusión, Exclusión y Recovery.

En términos generales, el Hogar es percibido por los usuarios como un espacio de relativo aislamiento de la comunidad, manifestando cierta reticencia a ampliar las relaciones interpersonales producto de sentirse estigmatizados y discriminados. Esto se ejemplifica con los comentarios de un usuario respecto al estigma percibido:

“...dentro del hospital tuve comentarios a cada rato de eso, de la discriminación... es complejo, o sea, sienten que ya los ven como discriminados, como que ellos sienten en la calle que cualquier gente va y les grita”.

Por otra parte, los usuarios señalaron que los cuidadores de los hogares también juegan un rol en mantenerlos relativamente aislados del resto de la comunidad. Existe un temor por parte de las autoridades del hogar de que los residentes se extravíen en una salida del hogar, o bien, incurran en conductas socialmente desadaptativas al relacionarse con otros. Lo anterior se refleja en la opinión de un usuario:

“Porque estamos en el hogar po, y de ahí no podemos participar con nadie que sea extraño...una, hasta dos horas y más no, porque se preocupan en el hogar que dónde andamos, que con quién andamos, que no conversemos con extraños, no pidamos plata si no nos falta nada en el hogar”.

Las restricciones para vincularse social y afectivamente con otros pueden abarcar incluso las relaciones entre residentes y entre residentes y sus familiares. Los usuarios señalan una ausencia de privacidad, tanto en lo que respecta a conversaciones entre amistades como en la vinculación a parejas afectivas al interior del hogar. Un ejemplo es lo que indica un residente:

“...solamente puede ser en el living o en el patio. Porque les llaman la atención, les llaman la atención cuando se van a la pieza...allá, por lo general, cuando a mí me han visitado mis familiares, hemos estado en el living y ha estado la señora presente...no... casi no se conversa en privado”.

Dicha percepción también es confirmada por los familiares. Una familiar señaló que:

“Asuntos así como de parejas, no hay fijese. No hay. Hay dos me dice ella que están pololeando, que dicen ellos que están pololeando, pero lo único que ellos hacen es darse unos besitos así no más, como amigos, y ahora ella está arriba y el está abajo. Entonces no hay, no se ve nada de cosas de relaciones íntimas, no. Nada, nada de eso.”

Resultados Cuantitativos.

A continuación se detallarán algunos de los resultados obtenidos a través de la “Encuesta de evaluación de necesidades para residentes de hogares protegidos”, a partir de la información recabada por medio de técnicas cualitativas de recolección y análisis de información. A partir de allí, se dio paso a la elaboración de reactivos que originaron cuatro áreas de evaluación en la encuesta: un apartado de información socio-demográfica, dos escalas de medición de necesidades que los hogares protegidos deben satisfacer de acuerdo a su norma técnica, y un apartado descriptivo de reinserción socio-laboral.

Las escalas de necesidades fueron sometidas a validación exploratoria lo que identifico una estructura unifactorial y una buena consistencia interna, correspondiente a un coeficiente de alfa de Cronbach de 0,85 para la escala de necesidades básicas y psicológicas y de un 0,87 para la escala de necesidades sociales.

Como puede observarse en la Tabla 1, de los residentes de los hogares evaluados (n=58) un 48% eran hombres y un 51% mujeres, con un promedio de edad de 51 años. Respecto de su educación, un 50% de ellos realizó enseñanza media, ya sea completa o incompleta, mientras que un 36% sólo cursó enseñanza básica. Es importante destacar que sólo un 8,6% de los usuarios, es decir 5 de ellos, asistieron a algún tipo de enseñanza de educación superior y un 5% no contaban con educación alguna.

TABLA 1: RESULTADOS DESCRIPTIVOS ENCUESTA HOGARES PROTEGIDOS.

Variable	Nivel	X (sd) /n (%)
Sexo	Hombre	27 (48,2)
	Mujer	29 (51,8)
Edad		51,5 (11,6)
Estado Civil	Soltero	44 (75,9)
	Casado/Convive	4 (6,9)
	Otros	10 (17,2)

Educación	Sin Educación	3 (5,2)
	Educación Básica	21 (36,2)
	Educación Media	29 (50)
	Educación Superior	5 (8,6)
Trabajo	Sí	7 (14,6)
	No	41 (85,4)
El Hogar apoya adquisición de trabajo remunerado	Mucho	7 (12,1)
	Poco	13 (22,4)
	Nada	19 (32,8)
Participa en Centros de Rehabilitación	Sí	37 (63,8)
	No	18 (32,8)
Satisfacción Necesidades Básicas y Psicológicas (SNBP)		80,9 (13,8)
	Baja SNBP (≤ 73)	15 (25,9)
	Moderada SNBP (74-90)	30 (51,7)
	Alta SNBP (≥ 91)	13 (22,4)
Satisfacción Necesidades Sociales (SNS)		78,4 (16,4)
	Baja SNS (≤ 71)	15 (25,9)
	Moderada SNS (72-91)	29 (50)
	Alta SNS (≥ 92)	14 (24,1)

En relación a sus condiciones laborales, el 85,4% de los usuarios no efectuaba un trabajo remunerado y en su mayoría reportaron que la residencia en el hogar no contribuía a la adquisición de uno (32,8). Por otro lado, de acuerdo a su situación médica, el 63,8% de los usuarios asistían a un centro de rehabilitación.

Los resultados obtenidos en la escala de necesidades básicas y psicológicas, muestran que de una posibilidad de 110 puntos máximos, el grupo de usuarios evaluados obtuvo un puntaje medio de 80,9, lo que de acuerdo a los puntos de corte calculados a partir de percentiles, se ubica en un nivel moderado de satisfacción de necesidades. A su vez, es relevante destacar que el 51,7% de los usuarios se ubican en este nivel, mientras que un 25,9% reporta una baja satisfacción de estas necesidades. Finalmente, se encontró una diferencia significativa en el reporte de la satisfacción de necesidades básicas y psicológicas de acuerdo al nivel educacional de los usuarios ($F=3,607$; $p=0,019$). De acuerdo a las pruebas pos-hoc, el grupo con educación superior se diferenciaría significativamente del grupo con educación básica ($p=0,025$) y media ($p=0,01$). Es decir, los usuarios con educación superior reportaron menor

.....
satisfacción de necesidades que los usuarios con educación básica y media.

Por su parte, en la escala de necesidades sociales, el grupo obtuvo un puntaje promedio de 78,4 puntos (de un total de 104). De acuerdo a los puntajes de corte obtenidos por percentiles, este promedio se ubica en un nivel moderado de satisfacción de necesidades. Del mismo modo, se halló que el 50% de los usuarios reportaron un nivel moderado de satisfacción de necesidades sociales, mientras que un 24,1% una satisfacción alta y un 25,9% una satisfacción baja. No se encontró una relación significativa entre el nivel de satisfacción de las necesidades sociales y otras variables evaluadas a través de la encuesta.

Logros, limitaciones y enseñanzas.

Una de las fortalezas de la presente iniciativa fue incorporar la visión de los usuarios en ambas fases de la investigación. En base a sus percepciones, creencias y experiencias, construimos un instrumento sin precedentes a nivel local para la evaluación de la calidad de prestaciones de los hogares protegidos y que exhibió adecuadas características psicométricas. Creemos que su origen y materialización, fruto de un valioso trabajo interdisciplinario, representa un real aporte a nivel local. En un futuro esperamos evaluar su desempeño en muestras más representativas de la realidad nacional. Asimismo, anhelamos que esta herramienta pueda inspirar a investigaciones de esta índole en otros países latinoamericanos.

Cabe resaltar que esta es una investigación pionera para mensurar las necesidades no cubiertas en usuarios y familiares, por medio de la evaluación en profundidad de uno de los dispositivos emblemáticos de la reforma chilena. Proyectamos que esta metodología mixta, con un fuerte énfasis en la voz de los usuarios, puede contribuir a que los servicios de salud mental se focalicen en las necesidades de las personas aquejadas de una enfermedad mental y que adapten sus prestaciones a la idiosincrasia de cada individuo.

Por otra parte, en el curso de nuestro estudio se nos presentaron una serie de obstáculos y barreras que debimos sortear. La principal fue la reticencia y poca cooperación que provino de dos de los servicios de salud participantes. En algunos casos, los encargados de cada hogar se opusieron rotundamente a que conversáramos con los usuarios, exigiendo una previa aprobación por parte de los jefes de cada sector de salud (principalmente médicos psiquiatras). En esas circunstancias, tuvimos que apelar a la autoridad sanitaria de la región (Secretaría Regional Ministerial de Salud) y a la Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales, argumentando que cada persona con una discapacidad psíquica tiene el derecho a ejercer su voluntad de participar en investigaciones, y aquello no depende exclusivamente de la autorización de los profesionales de salud. Esta resistencia por parte de los equipos de salud es preocupante y puede convertirse en un impedimento mayor a

la hora de establecer reformas a los servicios, particularmente las que consideran a los usuarios en roles más protagónicos.

Por otra parte, cabe consignar que esta investigación consideraba realizar una mayor cantidad de grupos focales con los usuarios, con el propósito de capturar el discurso público de una experiencia compartida. Sin embargo, tras las dos primeras sesiones grupales, se detectó una cierta resistencia e inhibición por parte de los usuarios al momento de referir las condiciones de vida en el Hogar cuando se hallaban frente a sus compañeros de residencia. En virtud de ello, se consideró efectuar un mayor número de entrevistas en profundidad, específicamente 18 (aumentando en cuatro el número de usuarios originalmente previsto). Esto nos hizo reflexionar respecto a la actitud que pueden adoptar los usuarios frente a un proceso de evaluación como este. El temor al ser “descubierto” en una posición crítica hacia el hogar y sus administradores(as), es posible que limite la expresión de las opiniones de los residentes.

Finalmente, es nuestro deber indicar algunas limitaciones del estudio. Lo primero es la elección de la muestra, la cual no fue seleccionada aleatoriamente de la población objetivo. Por consiguiente, su representatividad está acotada sólo a una región del país. Por otra parte, se llevó a cabo la evaluación de la fiabilidad del instrumento únicamente mediante una medida de consistencia interna (Alfa de Cronbach), por lo que es un desafío para futuras investigaciones determinar la estabilidad de este (Test-Retest). Por último, resta desarrollar validaciones de constructo para las escalas de necesidades, con otros instrumentos previamente desarrollados y utilizados, con la finalidad de establecer la coherencia de las escalas con medidas previas que evalúen las mismas variables

Conclusiones.

Los resultados de la presente investigación nos otorgan un panorama general de las condiciones de vida y satisfacción de necesidades en un grupo de residentes de hogares protegidos chilenos. Es posible afirmar que los usuarios tienen una buena percepción hacia los servicios que otorga el hogar, particularmente en la cobertura de sus necesidades básicas. Sin embargo, sus necesidades psicológicas (intimidad, autonomía) y sociales (participación, inclusión) están moderadamente satisfechas, lo que da cuenta de una restricción hacia un desarrollo personal pleno. Al respecto, cabe indicar que los usuarios carecen en su mayoría de la posibilidad de adquirir hábitos para la vida cotidiana cuanto conviven bajo un sistema de normas en cuya construcción no participan. Si se considera que aprender a administrar un hogar para la vida propia requiere de libertad para tener iniciativa personal, pues de lo contrario se aprende sólo a base de reglas externas e impuestas, el objetivo de los Hogares de colaborar hacia la autonomía se torna imposible de cumplir.

En lo que respecta a los resultados cualitativos, los residentes perciben una obligación en solicitar permisos y reportar sus salidas a las cuidadoras del Hogar, al tiempo que perciben participar poco en las decisiones de llevar a cabo tal o cual actividad al interior de sus residencias. A este respecto, si bien es claro que no todos los usuarios pueden ejercer su autonomía sin riesgos, debido, en la mayoría de los casos, al deterioro propio de la enfermedad mental, motivo por el cual deben ser protegidos, sobredimensionar la protección en desmedro de la autonomía finalmente limita a quienes están en condiciones de ejercer esos derechos.

Por otra parte, se identificó que los usuarios tienden a normalizar las restricciones a su libertad individual limitando sus propias proyecciones personales. Dicha situación resulta ser avalada por algunos familiares cuanto consideran no sólo que los usuarios carecen de las competencias necesarias para llevar una vida independiente, sino que su conducta requiere ser constantemente reorganizada mediante normas y limitaciones.

En el marco de la privacidad personal, por ejemplo, las percepciones son más desfavorables respecto de relaciones más íntimas que las propiamente familiares, como las que se establecen entre amigos o parejas, percibiendo los usuarios mayores dificultades en reunirse a solas, sobre todo en la habitación, lo que es confirmado igualmente por los familiares. Asimismo, los hogares presentan una debilidad respecto a la promoción de la participación e inclusión social de los usuarios, destacando sobre todo la baja proyección laboral, el margen escaso de libertad individual y de privacidad con la pareja, y la ausencia casi total de vinculación con los vecinos y la comunidad en general, opinión que es respaldada por usuarios y familiares.

En lo que respecta a los resultados cuantitativos, fue posible evidenciar la exclusión social y limitaciones educacionales presentes en los usuarios, en donde el 76% se encuentra soltero, solo un 8% de ellos posee educación superior y más del 80% no tiene un trabajo remunerado. Igualmente, más del 50% consideró de ninguna o poca ayuda su residencia en el hogar a la hora de obtener un trabajo remunerado. Por otra parte, respecto a los diferentes tipos de necesidades, se pudo observar una satisfacción moderada de las necesidades básicas (aseo, alimentación, abrigo, etc), psicológicas (intimidad, apoyo, protección, etc) y sociales (interacción, trabajo y validación, etc). Lo anterior es coherente con lo hallado en la evaluación cualitativa y reafirma la emergencia de ajustar las prestaciones que se ofrecen al interior de un Hogar Protegido. Es menester el desarrollo de nuevas formas de manejo y reglamentación, que aseguren a los usuarios espacios de intimidad e independencia. Del mismo modo, es urgente la implementación de estrategias que fomenten la vinculación con diferentes contextos socio-comunitarios (laborales, educativos, religiosos).

A su vez, otro resultado interesante fue que las personas con más años de educación repor-

taron más necesidades insatisfechas. Una posible explicación es que al provenir de estratos socioeconómicos de mayores recursos y beneficios que la mayoría de los usuarios de los servicios de salud públicos, estas personas perciban intensa y profundamente la deprivación social y la escasez de bienes materiales. Por contraparte, en los usuarios que han vivido condiciones de pobreza durante su historia vital, el discurso de “con poco me conformo” es común, con el riesgo de aumentar la tolerancia hacia abusos y violaciones a sus derechos.

A modo de síntesis, los resultados que presentamos en este capítulo dan cuenta de las limitaciones que han sido anteriormente reportadas por otros estudios respecto al modelo “supportive housing”.^{18,19} A pesar de que este tipo de dispositivos cuenta con varios aspectos positivos en comparación a residencias en hospitales psiquiátricos, su aporte en el desarrollo de la autonomía y la inclusión social de los usuarios es menor.¹¹ Es deseable que esta forma de hogar pueda transformarse en una residencia “transitoria” para los usuarios, especialmente para los que aspiran a vivir de forma independiente. Cabe indicar que la mayoría los estudios reportan que las personas con discapacidad psíquica prefieren vivir solos, con pareja o amigos.³² Por consiguiente, es recomendable que los servicios de apoyo para encontrar un hogar evolucionen hacia modelos más inclusivos, que tengan en cuenta la opinión de los usuarios y que hayan demostrado una buena efectividad para cubrir las necesidades psicológicas y sociales de sus residentes.

Bibliografía:

1. MINSAL. Estrategia Nacional de Salud Mental: un salto adelante. Propuesta de trabajo para una construcción colectiva, Santiago de Chile; 2011.
2. Minoletti, Zaccaria. The national mental health plan in Chile: 10 years of experience. *Revista Panamericana de Salud Publica* 2005;18(4-5):346-358
3. República de Chile, Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Santiago: Ministerio de Salud; 2000.
4. Minsal. Norma General Técnica N° 53 Sobre Hogares Protegidos. Santiago: Ministerio de Salud; 2006.
5. Priebe, Turner. Reinstitutionalization in mental health care: This largely unnoticed process requires debate and evaluation. *BMJ: British Medical Journal* 2003;326(7382): 175.
6. Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A, Hansson L, Kilian R, Torres-Gonzales F, et al. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ* 2005;330(7483):123-126.
7. Priebe S, Frottier P, Gaddini A, Kilian R, Lauber C, Martínez-Leal R, Wright D. Mental health care institutions in nine European countries, 2002 to 2006. *Psychiatric Services* 2008;59(5):570-573.
8. de Almeida JC. Mental health services development in Latin America and the Caribbean: achievements, barriers and facilitating factors. *International Health* 2013;5(1):15-18.
9. Rosenheck R. Homelessness, Housing, and Mental Illness. *American Journal of Psychiatry* 2012;169(2):225-226.
10. Trainor JN, Morrell-Bellai TL, Ballantyne R, Boydell KM. Housing for people with mental illnesses: A comparison of models and an examination of the growth of alternative housing in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue Canadienne de Psychiatrie* 1993.
11. Nelson G. Housing for People with Serious Mental Illness: Approaches, Evidence, and Transformative Change. *Journal of Sociology & Social Welfare* 2010;37(4).
12. Mueser KT, Drake RE, Solomon P. Principles and practice of psychiatric rehabilitation: An empirical approach. New York: Guilford Press; 2008.
13. Browne G, Hemsley M, St John W. Consumer perspectives on recovery: A focus on housing following discharge from hospital. *International Journal of Mental Health Nursing* 2008;17(6):402-409.

14. Tsai J, Mares AS, Rosenheck RA. A multisite comparison of supported housing for chronically homeless adults: “housing first” versus “residential treatment first”. *Psychological Services* 2010;7(4):219.
15. López M, Laviana M, García-Cubillana P, Fernández L, Moreno B, Maestro JC. Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (I): descripción general del programa y del estudio. *Rehabil Psicosoc* 2005;2(1):2-15.
16. Henwood BF, Stanhope V, Padgett DK. The role of housing: A comparison of front-line provider views in housing first and traditional programs. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 2011;38(2):77-85.
17. Ridgway P. Supported housing. *Clinical Handbook of Schizophrenia*; 2008.
18. Neri G, Guzzetta F, Pazzi L, Bignami R, Picardi A, de Girolamo G. How does the residential care system change? A longitudinal survey in a large region of Italy. *Community Mental Health Journal* 2011;47(2):201-208.
19. De Girolamo G, Picardi A, Micciolo R, Falloon I, Fioritti A, Morosini P. Residential care in Italy National survey of non-hospital facilities. *The British Journal of Psychiatry* 2002;181(3):220-225.
20. Carling PJ, Curtis LC. Implementing supported housing: Current trends and future directions. *New Directions for Mental Health Services* 1997;(74):79-94.
21. Tsemberis S, Gulcur L, Nakae M. Housing first, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *Journal Information* 2004; 94(4).
22. de Heer-Wunderink C, Visser E, Caro-Nienhuis A, Sytéma S, Wiersma D. Supported housing and supported independent living in the Netherlands, with a comparison with England. *Community Mental Health Journal* 2012;48(3):321-327.
23. O’Connell MJ, Kasprow W, Rosenheck R. Direct placement versus multistage models of supported housing in a population of veterans who are homeless. *Psychological Services* 2009;6(3):190.
24. Nelson G, Hall GB, Forchuk C. Current and preferred housing of psychiatric consumers/survivors. *Canadian Journal of Community Mental Health* 2003;22(1):5-19.
25. Greenwood RM, Schaefer-McDaniel NJ, Winkel G, Tsemberis SJ. Decreasing psychiatric symptoms by increasing choice in services for adults with histories of homelessness. *American Journal of Community Psychology* 2005;36(3-4):223-238.
26. Browne G, Courtney M. Housing, social support and people with schizophrenia: A grounded theory study. *Issues in Mental Health Nursing* 2005;26(3):311-326.

-
27. Piat M, Lesage A, Boyer R, Dorvil H, Couture A, Grenier G, Bloom D. Housing for persons with serious mental illness: Consumer and service provider preferences. *Psychiatric Services* 2008;59(9):1011-1017.
 28. Friedrich RM, Hollingsworth B, Hradek E, Friedrich HB, Culp KR. Family and client perspectives on alternative residential settings for persons with severe mental illness. *Psychiatric Services* 1999;50(4):509-514.
 29. Chuaqui J. El estigma en la esquizofrenia. *Cien Soc Online*. Chile: Universidad de Viña del Mar; 2005.
 30. Minoletti A. Mental health of homeless and immigrant persons in Chile; 2010. Disponible en: <http://www.souqonline.it/home2_eng.asp?idpadre=698&idtesto=776>
 31. Minsal. Evaluación criterios y estándares de calidad de atención en hogares protegidos, hospitales de día y equipos de salud mental y psiquiatría comunitaria. Santiago: Ministerio de Salud; 2003.
 32. Schutt RK, Goldfinger SM. Housing preferences and perceptions of health and functioning among homeless mentally ill persons. *Psychiatric Services* 1996;47(4):381-386.

Evaluación de las condiciones de vida y las necesidades de usuarios residentes
de hogares protegidos para personas con enfermedades mentales en Chile.

UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL PADRE HURTADO: EXPERIENCIA DE TRABAJO EN PSIQUIATRÍA COMUNITARIA EN EL ÁREA DE INFLUENCIA DE UN HOSPITAL GENERAL.

Autores:

Francisco Aliste Calderón.

Médico-Psiquiatra.

Jefe de la Unidad de Psiquiatría Comunitaria del Hospital Padre Hurtado.

E-mail: franjav-al@hotmail.com

Claudia Pereira Araya.

Médico-Psiquiatra.

Médico Psiquiatra de la Unidad de Psiquiatría Comunitaria del Hospital Padre Hurtado.

E-mail: clau-vip@hotmail.com

Cristián Costa Córdova.

Psicólogo.

Psicólogo Clínico de la Unidad de Psiquiatría Comunitaria del Hospital Padre Hurtado.

E-mail: ccosta@hurtadohosp.cl

Andrea Román Yáñez.

Terapeuta Ocupacional.

Terapeuta Ocupacional de la Unidad de Psiquiatría Comunitaria del Hospital Padre Hurtado.

E-mail: aroman@hurtadohosp.cl

Equipo ejecutor:

Equipo de profesionales, técnico y administrativos de la Unidad de Psiquiatría Comunitaria. Hospital Padre Hurtado, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Ministerio de Salud Chile.

Unidad de psiquiatría del hospital padre hurtado: experiencia de trabajo
en psiquiatría comunitaria en el área de influencia de un hospital general.

Introducción.

Conseguida la democracia en Chile en 1990, la fuerza del interés por los derechos humanos de los grupos vulnerados y vulnerables favoreció el espacio de discusión sobre las políticas de salud mental existente. Un grupo creciente de trabajadores de la salud mental, crítico del modelo asilar imperante, encontró en familiares y cuidadores una significativa alianza que favorecida por la apertura democrática del Ministerio de Salud, al que se le confirió un rol convocante, cristalizó la propuesta que dio origen al Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (PNSMP)¹ del año 2000, plan que detalla la reorientación de recursos destinados a las intervenciones para el manejo y tratamiento de las personas portadoras de enfermedades psiquiátricas, sus familiares y/o cuidadores hacia el cuidado predominantemente comunitario. En este contexto se favorece la creación de las unidades de psiquiatría comunitarias en hospital general como uno de los dispositivos de segundo nivel para el cuidado comunitario. En el presente trabajo se describe la experiencia de desarrollo de la Unidad de Psiquiatría Comunitaria (UPsiCom) del Hospital Padre Hurtado entre el período 2000 al 2013, enfatizando aspectos de la población de usuarios en el área de influencia, sus vulnerabilidades bio-psico-sociales y paralelamente se describen aspectos de la oferta de servicios y dispositivos de salud comunitaria.

Justificación.

Transcurrida una década es necesario reflexionar sobre el proceso de desarrollo de la unidad de psiquiatría comunitaria inserta en un hospital general como es el Hospital Padre Alberto Hurtado, dispositivo de segundo y tercer nivel de referencia para la atención primaria en salud (APS) de las personas beneficiarias del sistema público de las comunas de La Granja, La Pintana y San Ramón.

Describir el rol del equipo de UPsiCom en la red de servicios comunitarios de salud.

Describir la contribución que UPsiCom hace a la solución de necesidades en general y a la reinstalación social en particular.

Utilizar los datos de este estudio descriptivo preliminar como base de estudios operacionales futuros.

Marco conceptual.

El proceso de reforma psiquiátrica en nuestro país tuvo como hito significativo en la formulación del PNSMP en el año 2000¹ el que comprendió la mayor parte de la propuesta OMS 2001.²

Nuestra experiencia de trabajo psiquiátrico comunitario está enmarcada por la vulnerabi-

.....
lidad social y por el espacio que brinda el hospital general donde nos situamos.

Nuestra mayor demanda como red de servicios proviene del primer nivel, la población general y en muy menor magnitud de poblaciones asilares psiquiátricas institucionalizadas. Son entonces personas con grados variables y significativos de experiencia social y poseedores de logros -roles- sociales previos a la irrupción de la etapa sintomática del trastorno mental del que resultan portadores. En esta condición un modelo médico centrado en los síntomas y su evolución en el tiempo presenta claras ventajas para el manejo de estas etapas agudas o de re-agudización sintomática. Además no infrecuentemente la distribución de recursos favorecerá a los niveles clínicos que ofrecen las soluciones de mayor complejidad médico clínica, los que a su vez contemplan casi sin excepción la internación hospitalaria.

Inicialmente nos desarrollamos muy apegados al modelo médico tradicional. Lo que sin duda favoreció el diálogo y la inclusión en el hospital general,³ sin embargo el paulatino reconocimiento de las personas portadoras de enfermedades mentales y sus necesidades sentidas no siempre expresadas^{4,5} por el enfermo y sus cuidadoras (cuidadores) nos ha llevado consecuentemente a modificar nuestros conceptos de modelo de red de servicios en el sentido de adoptar un modelo que confiera significado equivalente a la evolución del funcionamiento social que a la evolución de los síntomas de la enfermedad.⁸ Aún cuando esto nos ha invisibilizado relativamente ante la asignación de recursos, siendo la nuestra una red que hasta hoy carece de los dispositivos necesarios para una respuesta eficiente en el sentido de lograr la permanencia y pertinencia en y a la comunidad que le es propia a la persona portadora de daño en su salud mental, evitando la pérdida de sus roles sociales y la estigmatización según lo recomendará la Organización Mundial de la Salud, hace ya algunos años.^{2,3}

Objetivos.

- Describir el desarrollo de la UPsiCom del Hospital Padre Alberto Hurtado.
- Describir los aspectos relevantes de la vulnerabilidad de la población beneficiaria en el área de influencia del HPH.
- Contribuir al desarrollo de estudio que complementen los conocimientos descritos.

Diseño metodológico.

Diseño descriptivo narrativo.

Resultados obtenidos.

Santiago de Chile, ciudad capital, está dividida en seis Servicios de Salud públicos, cuyos beneficiarios son los adscritos a los diferentes centros de salud municipal y a los propios ser-

vicios públicos de salud. El Hospital Padre Hurtado (HPH) está dentro del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO), el que comprende las comunas de La Florida, Puente Alto, Pirque, San José de Maipo, La Granja, San Ramón y La Pintana (ver figura1) y cuya población está mayoritariamente inscrita para la atención de sus necesidades de salud en los establecimientos del sistema público (tabla1).

FIGURA 1
MAPA COMUNAL DE LA REGIÓN METROPOLITANA - SANTIAGO, CHILE.



TABLA 1
POBLACIÓN POR GRANDES GRUPOS DE EDAD, PARA LAS COMUNAS DEL SERVICIO DE SALUD SUR ORIENTE, AÑO 2013

Comuna	Tipo	Total población comunal.	Población < 15 años.	Población 15 años y más
La granja	Urbana	97.267	20.655	76.592
San Ramón	Urbana	98.922	19.989	78.850
La Pintana	Urbana	172.693	41.843	130.843
La Florida	Urbana	300.036	58.779	241.216
Puente Alto	Urbana	353.484	82.170	271.273
San José de Maipo	Rural	2.488	492	1.996
Pirque	Rural	18.065	3.844	14.221

Fuente: Ministerio de Salud, Chile.

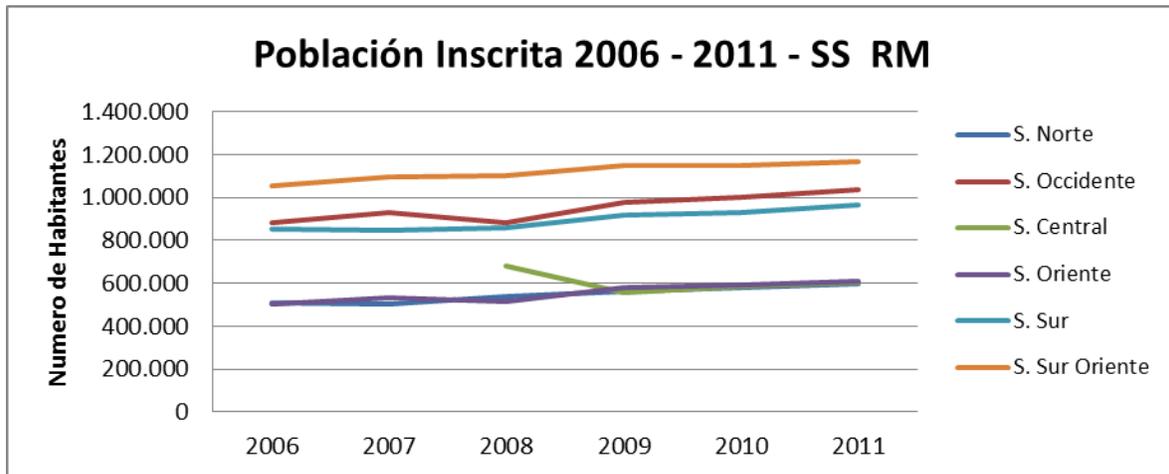
El HPH se ubica en la comuna de San Ramón. Presta servicios a las comunas de La Granja, San Ramón y La Pintana, tres de las diez comunas con mayor vulnerabilidad del país.

Las personas inscritas en el área de influencia del HPH (387.352) constituyen el 36% de la población adscrita al SSMSO (1.067.352).

En Puente Alto, en el hospital general Dr. Sotero del Río, que es el de mayor complejidad del SSMSO, se encuentran las únicas camas de corta estadía para la referencia de todo el SSMSO: 42 camas de corta estadía adultos; 12 camas corta estadía infante adolescente; además se cuenta con los únicos 20 cupos de hospital de día para todo el SSMSO.

Como HPH somos parte del Servicio de Salud de la Región Metropolitana con la más alta población de beneficiarios inscritos (figura 2).

FIGURA 2
EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN INSCRITA POR SERVICIO DE SALUD ENTRE LOS AÑOS 2006 Y 2011, REGIÓN METROPOLITANA, CHILE.



Fuente: Ministerio de Salud, Chile.

En las comunas de nuestra área de influencia la educación pre-básica es de dependencia mayoritariamente pública y de accesibilidad comunal. La educación básica comprende también prestadores privados con subvención estatal por cada niño que asiste a clases. La educación media y técnica de nivel superior se ofrece mayoritariamente fuera de las comunas, a más de 60 minutos de distancia. Sólo la Universidad de Chile mantiene históricamente un campus en la comuna de La Pintana, el que es de referencia nacional vía concurso de admisión y prácticamente sin actividades de extensión hacia nuestras comunas.

Los indicadores de analfabetismo son cercanos al promedio nacional y por sobre este en el caso de La Pintana, comuna que también supera el grado de hacinamiento nacional y regional seguida de San Ramón.

Las tres comunas muestran un porcentaje de desocupación laboral que ha disminuido a la fecha notablemente pero a expensas de empleo de baja calidad, empleo que en la inmensa mayoría de los casos se ubica fuera del límite comunal, a más de 90 minutos de distancia de la comuna de residencia.

Las tres comunas muestran un nivel de saneamiento bajo el promedio nacional (Tabla 2).

Alrededor de un 41% de los hogares del área Sur Oriente en que nos encontramos ubicados, habían sido víctimas de un delito a diciembre de 2013, según la encuesta de Fundación Paz Ciudadana, dedicada a la investigación de las áreas relevantes para la disminución de la delincuencia.

Atendemos, entonces, a las tres comunas de mayor pobreza - condición que ha sido sostenida en el tiempo-, del Servicio de Salud Sur Oriente (figura 3), las que a su vez son parte del grupo de las diez comunas más vulnerables del país.

TABLA 2
DESCRIPCIÓN DE INDICADORES SOCIO-ECONÓMICOS PARA LAS COMUNAS ÁREA DE INFLUENCIA DEL HOSPITAL PADRE HURTADO. REGIÓN METROPOLITANA (RM), AÑOS 2006-2009.

	% de analfabetismo	Hacinamiento	Índice de materialidad	Índice de desocupación.	Saneamiento
Año	2009	2006	2006	2006	2006
País	3,5	0,8	8,8	7,3	3,7
RM	1,8	0,9	5,6	7	0,6
La Pintana	4,1	1,3	3,8	11	1,8
La Granja	3,5	0,7	8,7	10,2	0,5
San Ramón	3,4	1,2	8,9	7,9	0,8

Definiciones:

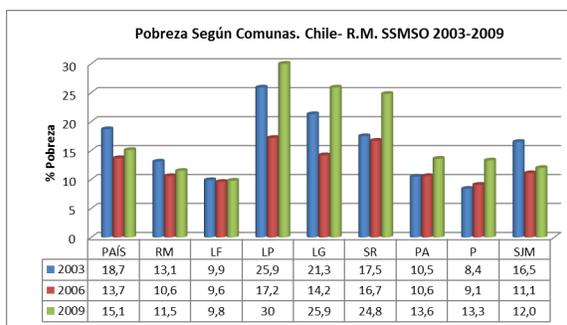
- Hacinamiento: Número de personas residentes en la vivienda dividido por el número de dormitorios.
 - Índice de Materialidad: Este indicador se construye a partir de los materiales predominantes en los muros, techo y pisos de las viviendas, los que se clasifican de “aceptable”, “recuperable” e “irrecuperable”.
 - Índice de Saneamiento: Referidas a disponibilidad de agua dentro de la vivienda y el medio de eliminación de excretas que se dispone.
- Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (INE). 2006 y 2009.

El HPH es un hospital que se organiza administrativamente en las Unidades de Gestión Clínica del Niño, de la Mujer y del Adulto cada uno con sus servicios intermedios, intensivos y de urgencias (tabla 3).

Adosado al hospital, se encuentra el Centro de Referencias en Salud (CRS), el que presta atención ambulatoria de especialidades ligadas a las Unidades de Gestión.

La Unidad de Psiquiatría Comunitaria se encuentra ubicada haciendo uso del recurso físico del CRS. Nace casi junto con el HPH a fines de la década de los 90’, asociada a la implementación del PNSMP en el país.

FIGURA 3
ÍNDICE DE POBREZA POR COMUNAS DEL SERVICIO SALUD SUR ORIENTE, ENTRE LOS AÑOS 2003 Y 2009



Nota: Región Metropolitana (RM); La Florida (LF); La Pintana (LP); San Ramón (SR); Puente Alto (PA); Pirque (P); San José de Maipo (SJM).
Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas, Chile.

TABLA 3
Nº DE CAMAS POR UNIDAD DE GESTIÓN HOSPITAL PADRE HURTADO.

Unidad de Gestión	Adulto	Mujer	Niño
Nº Camas	192	119	73

Fuente: Hospital Padre Hurtado

Inicio de la Unidad de Psiquiatría Comunitaria ((UPsiCom).

El primer recurso humano fue conformado por dos médicos psiquiatras, uno de adulto (44 horas semanales) y uno de niños y adolescentes (22 horas semanales), dos psicólogas y una asistente social (44 horas semanales). Inicialmente estos profesionales estaban adscritos a las Unidades de Gestión del Niño y del Adulto respectivamente, y desarrollaban actividades asistenciales dirigidas al paciente psiquiátrico individual y al enlace hospitalario (resolución de consultas de la especialidad de pacientes hospitalizados en los diferentes servicios del hospital). Los usuarios ambulatorios eran derivados desde la atención de Medicina, Cirugía, Gineco Obstetricia y Pediatría. El modelo era predominantemente de tipo médico asistencial.

El incremento en cantidad y complejidad de la demanda, sumado a la mayor penetración de los procesos de desinstitucionalización promovidos por el PNSMP y a los cambios administrativos favorables al modelo comunitario en el Servicio de Salud, trajeron consigo la llegada de más profesionales y la paulatina conformación de un grupo transversal orientado al manejo de los casos de personas portadoras de enfermedades médico-psiquiátricas y su comorbilidad médica no psiquiátrica; rápidamente la demanda incluyó necesidades del(de la) cuidador(a), de la familia, los educadores en el caso de los niños, el medio laboral y del ámbito judicial.

Paralelamente, las necesidades de la persona portadora de enfermedad mental y su familia o cuidadores, se hicieron más notorias en el nivel primario de atención en salud (APS), lo que llevó a desarrollar y fortalecer la consultoría del médico-psiquiatra del CRS a los equipos salud general de APS, en las comunas del área. Esto permitió ir desarrollando una red de continuidad de cuidados eminentemente ambulatorios y comunitarios para la población adscrita a los 13 centros APS. Cabe mencionar que nuestra área de influencia carece de camas psiquiátricas en el hospital general y hospital de día.

Como antes mencionamos, el HPH provee de camas para personas de 15 y más años (adultos), así como a niños y adolescentes menores de 15 años, organizadas en las mencionadas unidades de gestión (tabla 3), brindando servicios de especialidades clínicas básicas: Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Gineco-Obstetricia, lo que hoy en día significan 6 a 12 actividades semanales de enlace hospitalario para nuestra Unidad. Asociados a ellos están los Servicios de Urgencia de Gineco-Obstétrica, Médico-Quirúrgico de adultos y del niño, los que ocasionalmente demandan la actividad de enlace.

La paulatina estructuración de una demanda médico psiquiátrica ambulatoria y la reestructuración del recurso físico del CRS favorecieron la conformación de la actual UPsiCom, equipo multiprofesional orientado a dar respuestas integrales a las necesidades de las personas portadoras de enfermedades psiquiátricas, las de sus cuidadores y familiares a lo largo del ciclo vital.

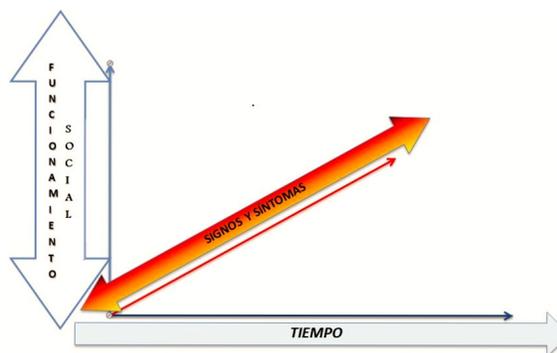
Conceptualizando la enfermedad psiquiátrica como un peso que ejerce sobre el sujeto, su

cuidadora/cuidador y su familia, una presión que lo lleva a descender de los niveles alcanzados en su funcionamiento global, tal como lo plantea Martín Cordero,⁸ nos dimos a la tarea de desarrollar y ser parte de un sistema de redes que atendiendo simultáneamente al modelo de niveles y filtros,⁷ su objetivo fuera - más allá del control sintomático - conseguir el funcionamiento biológico, psicológico y social, lo más cercano posible al existente antes del inicio de la enfermedad psiquiátrica (figuras 4 y 5).

FIGURA 4
REPRESENTACIÓN DEL MODELO GRAVITACIONAL DE SERVICIOS.



FIGURA 5
ASPECTO TRIDIMENSIONAL DE LA RECUPERACIÓN PSIQUIÁTRICA COMUNITARIA.



En este proceso, el equipo de profesionales, técnicos y administrativos hubo de homogeneizar diferentes formaciones académicas, experiencias e intereses clínicos dentro del marco que imponía el trabajo en un hospital general por una parte y el creciente conocimiento de las necesidades que conformaban la demanda de las personas usuarias por otra.

El PNSMP permitió la indexación de prestaciones centradas en la comunidad, lo que abrió espacio a nuevas actividades dentro del hospital y fuera de él, en la comunidad, a desarrollar por los diferentes profesionales y técnicos de la UPsiCom. Se formaron las primeras Agrupaciones de Usuarios y Familiares, cuyo funcionamiento es autónomo. Lo expuesto generó contacto con las autoridades locales e instituciones (escolares, laborales, iglesias, de gobierno interior, policía y justicia), desarrollándose variadas intervenciones psicosociales y psicoeducativas, cuyos objetivos han abarcado la anti-estigmatización, la integración social y la reinstalación laboral y escolar.

En esta etapa se comienza también a desarrollar el quehacer de investigación y docencia asociados a diferentes centros universitarios. La docencia ha sido una experiencia dirigida al pregrado de Medicina, Enfermería, Psicología y carreras de Técnico en Salud.

El polo de investigación hasta hoy se orienta a los trastornos psiquiátricos severos del niño, adolescente y el adulto, a su detección temprana e intervención.

Organización de la UPsiCom.

La continua carencia de horas de médico-psiquiatra y las significativas necesidades psico-sociales de los casos que demandaban atención, nos llevó a estructurarnos como sub-equipos de atención por grupos etarios: infanto-adolescente y adulto. Con el tiempo, esta estrategia ha contribuido a una mayor visualización de los condicionantes sociales, familiares y médicos no psiquiátricos, de las personas que atendemos.

- *Sub-equipo de Psiquiatría Comunitaria Infanto-Adolescente.*

Este equipo está conformado por médicos psiquiatras infanto-adolescente (33horas semanales), psicólogos clínicos (121 horas semanales) y se comparten horas de terapeuta ocupacional (44 horas semanales), enfermera (33 horas semanales) y asistente social (22 horas semanales). Mantiene una importante carencia de horas psiquiátricas, al estar compitiendo con un sector privado de salud y con otros programas específicos y transitorios del mismo sector salud o del extra sector educación y justicia.

Presta servicios a la población menor de 15 años, pertenecientes a las comunas del área de influencia. Los déficits en horas psiquiátricas han favorecido una serie de intervenciones centradas en la detección de factores protectores y de riesgos significativos para las condiciones de vulnerabilidad de la población de usuarios, con particular foco en familias y establecimientos educacionales. Una fortaleza nuestra es que Salud y Educación dependen de la misma autoridad local (municipios).

La prevalencia de intentos de suicidio en este grupo etario ha significado priorizar también las actividades de enlace con la Unidad de Gestión del Niño, y a protocolizar el manejo del intento suicida con una metodología de evaluación e intervención del riesgo en el marco de la medicina basada en la evidencia.

En la práctica, el psicólogo clínico se ha transformado en el encargado y conductor de casos, por su estabilidad y continuidad laboral. Las actividades primordialmente desarrolladas, corresponden a consejería, psicoeducación, psicoterapia grupal e individual, en orden de importancia. Ha sido necesario que uno de estos profesionales se focalice en la coordinación con la comunidad y sus diversos actores.

La demanda asistencial de los niños de 12 años y menores de esa edad, está fuertemente determinada por los trastornos hiperkinéticos (con co-morbilidad psiquiátrica) y por los trastornos de la conducta y, como ya se adelantó, las intervenciones se orientan al grupo familiar y al medio ambiente escolar.

Durante los últimos años, se ha complementado el tratamiento habitual de estos niños con intervenciones grupales que favorecen su desarrollo en competencias sociales y regulación

.....
emocional. Además, se ha fortalecido la intervención de padres y cuidadores en modalidad de trabajo grupal con énfasis en pautas de crianza, resolución de problemas y vínculos afectivos. Esto ha demandado de la psicóloga clínica infanto adolescente una constante actualización en estrategias de intervención de este tipo, adecuándose necesariamente a los contextos sociales y culturales de nuestra población.

Con respecto al ambiente escolar, ha sido fundamental el aporte del Terapeuta Ocupacional quien realiza la coordinación con establecimientos educacionales y con los profesores, tendiente a favorecer la integración del niño y su familia, disminuir estigmatización y aumentar adherencia al tratamiento específico. En el hogar supervisa el funcionamiento general del niño y su familia.

La demanda por intento suicida en el adolescente, y muy ocasionalmente en el menor de 12 años, ha ejercido presión sobre el servicio de urgencia pediátrico y la subsecuente hospitalización y uso de camas pediátricas, atendiendo a los factores de riesgo médico no psiquiátricos. Sin embargo, estando el intento suicida frecuentemente ligado a la patología psiquiátrica, su continuidad de cuidados ha hecho del equipo de psiquiatría comunitaria el actor principal, integrándolo al quehacer del hospital general, aunque no se disponga de camas psiquiátricas pediátricas.

El quehacer particular con el grupo adolescente ha significado integrar a los profesionales de los diferentes subequipos, tanto psiquiatras infantiles y de adultos como psicólogos clínicos y terapeutas ocupacionales, aportando cada cual su experiencia, conocimientos y habilidades para satisfacer las necesidades de este particular grupo etario. Ha sido necesaria la mayor capacitación de los profesionales, así como el diseño e implementación de estrategias apropiadas y basadas en la evidencia médica actual. Un incipiente desarrollo ha tenido la terapia grupal para los trastornos afectivos con riesgo suicida, incorporando elementos cognitivos, temáticas propias de la edad (recursos audiovisuales validados por el comportamiento adolescente, por ejemplo), el contexto social y cultural, así como los aspectos familiares y educativos.

El abandono y la deserción escolares son, lamentablemente, consecuencias severas en extremo para el pronóstico social de nuestros pacientes infanto adolescentes. La coordinación con la red educacional comunal se ha ido desarrollando en forma progresiva por equipo multi- técnico-profesional adquiriendo aquí un rol muy significativo el Técnico Social.

La coordinación con el sector justicia, el gobierno interior y los Centros de Salud Mental Comunitarios, en número de 1 por comuna, ha permitido el manejo más adecuado de la frecuente problemática psicosocial: maltrato infantil, violencia intrafamiliar y violencia sexual.

- *Sub equipo psiquiatría comunitaria adultos.*

Este equipo de profesionales y técnicos presenta una menor carencia de recursos humanos

.....
que el del infanto-adolescente, a pesar de tener los mismos competidores por dichos recursos. Actualmente, lo componen médicos psiquiatras de adultos (121 horas semanales), psicólogos clínicos de adultos (121 horas semanales), terapeuta ocupacional (44 horas semanales), técnico social (44 horas semanales) y los recursos de enfermería y asistente social compartidos con otras unidades clínicas.

La promulgación de las leyes de Garantías Explicitas en Salud (GES) ha estructurado la demanda en dos grupos de patología:

- Patología GES, que incluye:
 - Primer episodio de esquizofrenia.
 - Depresión en mayores de 15 años.
 - Trastorno afectivo bipolar.
 - Consumo perjudicial o dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años.
- Patología no GES, que incluye al resto de trastornos (sección F de la CIE-10).

Las leyes GES aseguran acceso, oportunidad de atención, calidad y protección financiera, obligando al prestador a priorizar esta demanda. No obstante lo anterior y constituyendo las personas portadoras de trastornos psiquiátricos severos la mayoría de nuestros usuarios, este marco legal ha contribuido a desarrollar nuestra experiencia en las tecnologías de la detección e intervención temprana de los trastornos psiquiátricos severos, en y con la comunidad.

La existencia de un programa adosado de gobierno interior para el tratamiento ambulatorio de adicciones ha permitido el manejo de casos portadores de patología dual.

Por otra parte, el grave déficit de cupos de camas de corta y mediana estadía, así como la inexistencia de un hospital de día, nos ha llevado a implementar intervenciones comunitarias con el fin de atenuar el enorme peso que significan para las familias y cuidadores los estados agudos y reagudizados de los mencionados trastornos psiquiátricos.^{9,11}

Una de las intervenciones comunitarias de mayor rendimiento es la que llamamos intervención en terreno, actividad que comprende atención domiciliaria, visita salud mental, intervención psicosocial, trabajo intersectorial, trabajo con organizaciones comunitarias de base y con agrupaciones de usuarios y familiares.

En particular, la atención domiciliaria contempla como objetivos los siguientes: evaluar estado clínico de usuario, evaluar adherencia a tratamiento, detectar situaciones emergentes y coordinar como implementar su intervención, evaluar funcionalidad y rutina diaria, evaluar situación familiar y rol de cuidadores, evaluar red de apoyo social, entregar psicoeducación a cuidadores y usuarios sobre patología, entregar indicaciones de manejo en el hogar, reforzar, monitorear y supervisar indicaciones. En el año 2013, hubo sobre 250 casos que fueron intervenidos en terreno. En aquellos cuya evolución clínica ha sido favorable, en el sentido

de no imponer la necesidad de hospitalización, se ha cursado la derivación a los equipos comunitarios de la atención primaria correspondiente. Un párrafo aparte merece la logística que estas intervenciones requieren, tales como vehículo y conductor capacitado, disponibilidad según casos emergentes, la cobertura de seguros laborales, bitácora ad hoc para la contraloría de la actividad, etc.

Una fase indispensable es la de síntesis, momento en el que los profesionales ligados al caso toman las decisiones de manejo basados en el reporte multiprofesional y técnico a implementar desde el espacio que a cada uno le compete.

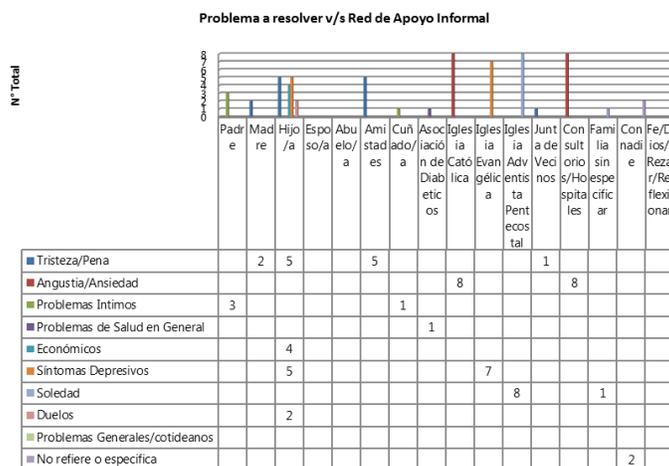
En el mismo sentido que la carencia de recursos de hospitalización aguda demanda hemos tratado de acercarnos al conocimiento de las redes informales. Lo que se resume a continuación es parte de una investigación en desarrollo que ha contemplado entrevistas a personas usuarias de la UPsiCom. Para esto, se definió como redes informales de apoyo a aquellas iniciativas organizativas que nacen de las propias necesidades de las personas.

En primer lugar, entre los resultados preliminares, se puede constatar la existencia efectiva de estas redes informales en las tres comunas.

En segundo lugar y comparando el tipo de problema a resolver con el tipo de apoyo informal al que se accede, es el grupo familiar nuclear el soporte más frecuente. Los grupos de iglesias también tienen representatividad. La red formal de APS sigue inserta en el imaginario colectivo como fuente de alivio y solución a los problemas inmediatos (figura 6).

Así mismo si nos preguntamos por la relación entre la red utilizada y el diagnóstico del cual es portadora la persona, los usuarios con diagnóstico depresión severa parecen acudir

FIGURA 6
FRECUENCIA DE LA RED DE APOYO UTILIZADA FRENTE A PROBLEMA QUE RESUELVE EL USUARIO.

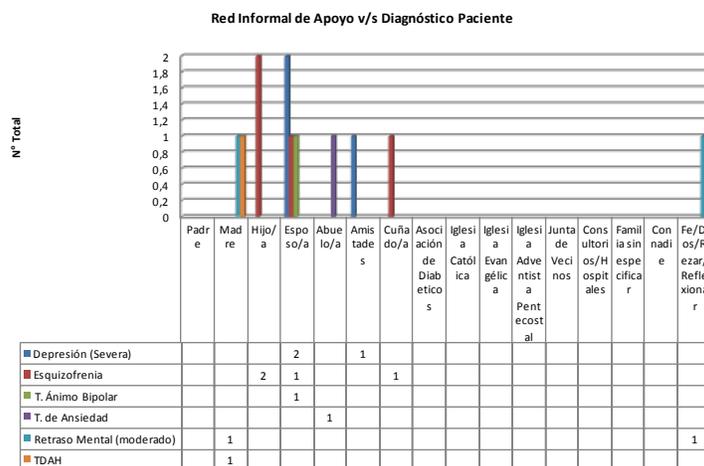


Fuente: Estudio de la UPsiCom.

con mayor frecuencia a familiares y a las iglesias. Frente a similares necesidades los pacientes ansiosos recurren a la red formal APS (figura 7).

Un particular rol desarrollado por el terapeuta ocupacional consiste en el desarrollo de estrategias tendientes a la reinstalación social y a la recuperación de roles de los usuarios, lo

FIGURA 7
FRECUENCIA DE LA RED DE APOYO UTILIZADA SEGÚN DIAGNÓSTICO DEL USUARIO.



Fuente: Estudio de la UPsiCom.

que implica establecer contacto con redes que ofrecen alternativas educacionales, laborales, de capacitación y de participación social.

Debido a la precariedad comunal en este último aspecto, la mayoría de los usuarios no ha tenido oportunidades para insertarse en dichas redes. Además, como se anotó antes, no se cuenta con soporte educacional técnico-profesional en el área de influencia.

Una de las estrategias adoptadas ha sido el empoderamiento de los usuarios y de sus familiares,⁸ a través del acompañamiento y la orientación en la conformación de asociaciones jurídicamente válidas. Se espera que estas organizaciones logren la representatividad de las necesidades respectivas ante las autoridades locales.

Éxitos.

- Reconocimiento de la tridimensionalidad del proceso psiquiátrico comunitario.
- Adscripción a un modelo de redes de servicios.
- Integración a los servicios de hospital general.
- Validación como referente clínico de la APS.
- Desarrollo de actividades tendientes a la reinstalación social de las personas.

-
- Contribución al desarrollo de redes de soporte diferencial.
 - Integración a redes comunitarias en función de las necesidades de las personas portadoras de daño en salud mental, familiares y/o cuidadores usuarios de la unidad.
 - Contribución activa a la continuidad de cuidados.
 - Desarrollo inicial del manejo de casos.
 - Participación en estudios de investigación sobre detección e intervención temprana y necesidades de los pacientes portadores de trastornos psiquiátricos severos asociados a Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.
 - Participación como centro de docencia y práctica de pre y post grado de universidades nacionales.

Fracasos.

En la captación de recursos humanos y financieros para el modelo comunitario adoptado. Invisibilidad relativa para la autoridad relacionada con la distribución de recursos. Contribución al desarrollo de una puerta giratoria creciente de personas portadoras de trastornos psiquiátricos severos cuya condición exige redes de servicios orientados principalmente al desarrollo y mantención de roles sociales más allá de la contención de los signos y síntomas propios de las enfermedades psiquiátricas.

Enseñanzas y Conclusiones.

Habiéndonos transformado desde nuestros orígenes en la Unidad Especializada para Atención Ambulatoria de mayor accesibilidad para las comunas La Pintana, La Granja y San Ramón, y estando dentro del HPH, un hospital general desde un comienzo, podemos decir que en nuestra práctica ha predominado el eje sintomático médico para calificar la recuperación de las personas que atendemos, por sobre los logros en el eje del funcionamiento social general.

Como un resultado de lo anterior la distribución de recursos sigue estando orientada al ámbito médico-asistencial.

La inexistencia en el área de influencia de dispositivos que hagan eficiente el quehacer médico-psiquiátrico, tales como camas de corta estadía en hospital general y un hospital de día, así como los procesos de integración social, centros de día, clubes de pacientes, hogares y residencias protegidas, ha hecho que se acentúe el peso de la enfermedad sobre los cuidadores y la familia.

El desarrollo de equipos de salud mental en APS y la ley GES han favorecido el manejo de los cuadros que no son graves ni agudos, en ese nivel, al mismo tiempo que se ha mejorado

.....
el filtro pertinente. Sin embargo, la mayor dificultad se produce posteriormente por la falta de una oferta eficiente de dispositivos que aseguren la continuidad de cuidados en los otros niveles de atención de la red.

Debemos destacar nuestra percepción de que la oferta de servicios de salud contribuye a la estigmatización de personas portadoras de trastornos psiquiátricos severos, cuando se demanda del mismo grupo profesional atención a la problemática psicosocial del área de influencia (violencia intrafamiliar, violencia sexual y maltrato infantil).

Atendida nuestra realidad debemos decir que la rehabilitación social es un subsecuente de las intervenciones médicas, no es un simultáneo, y su variedad de actividades posibles sigue aún muy a la sombra de los resultados de la psicofarmacoterapia.

Entendemos también que conforme se fortalezca el modelo comunitario, habremos de dejar la continuidad de varias de las actividades actuales a la APS, para dedicarnos prioritariamente a armonizar la evolución entre el eje sintomático médico y el eje del funcionamiento social, entre otras tantas cosas.

No perdemos de vista la advertencia del profesor Sir David Goldberg rescatada por Dr. Cordero en su libro sobre el modelo gravitacional y que transcribimos de manera parcial y sesgada: “Se piensa que las enfermedades mentales serias pueden prevenirse mediante el abandono del hospital y controlando a los enfermos en su hogar o en el consultorio externo del médico de familia, aunque no hay ninguna evidencia que esto sea correcto. Se piensa que los hospitales producen institucionalismo y que están asociados a escándalos. No se advierte que la gente también se institucionaliza en la comunidad, lo que es más difícil de controlar. También los abusos son más difíciles de prevenir...”, “...Quienes toman una posición romántica consideran a la comunidad como terapéutica y, sin embargo, creen que gran parte de la responsabilidad de proveer recursos puede traspasarse a las autoridades locales de salud y agencias de voluntarios. En la medida en que las autoridades de salud tengan éxito en sacar a los psiquiatras fuera del hospital hacia centros diurnos y dando otras facilidades comunitarias, habrán tenido éxito en divorciar a la psiquiatría de la medicina general, situación que termina negando la filosofía de la Unidad Psiquiátrica en el Hospital General”.¹²

En consideración a lo antes descrito parece importante para nuestra UPsiCom desarrollar líneas de estudio que perfilen de manera cuantitativa los requerimientos de servicios como hospital de día y camas de corta estadía y mediana estadía en relación con el peso de la enfermedad que hoy muy probablemente se transfiere a la familia y cuidadores de nuestra área de influencia.

Bibliografía:

1. Plan nacional de salud mental y psiquiatría. <<http://www.minsal.cl>>
2. The world health report 2001. Mental health: New understanding new hope. WHO 2001.
3. Prince, M. Patel, V. Saxena, S. Maj, M.(2007) No health without mental health. The Lancet 2007; 370: 859-877.
4. Shah, P. Mountain, D. (2007) The medical model is dead- long live the medical model. British journal of psychiatry 2007, 191; 375-377.
5. Bradshaw, J. (1972) The taxonomy of social need en Problems and progress in medical care Oxford University Press. Oxford.
6. Holloway, F. (1994) Need in community psychiatry: a consensus is required. Psychiatric Bulletin 1994; 18: 321-323.
7. Goldberg, D. Huxley, P (1972) Mental illness in the Community: The pathway to psychiatric Care. London: Tavistock Publications.
8. Cordero, M. (1998) Salud Mental y Psiquiatria. El Modelo Gravitacional. Editorial Universidad de Santiago. Chile.
9. Vaddadi, K. Burden of care in the home: issues for community management. Advances in Psychiatric Treatment 1997; 3: 146-153.
10. Warner R, de Girolamo G. Epidemiology of Mental Disorders and Psychosocial Problems: Schizophrenia. Ginegra: WHO; 1995.
11. Onwumere, J. Smith, B. Kuipers, E. Families and psychosis in Principles of Social Psychiatry 2nd ed: 103-116.
12. Goldberg, D. (1986) The assault on psychiatry. The Lancet 1986, may 17; 1: 1143-1144.

Unidad de psiquiatría del hospital padre hurtado: experiencia de trabajo
en psiquiatría comunitaria en el área de influencia de un hospital general.

PASOS EN LA INCLUSIÓN DE PARES EN UNA INSTITUCIÓN DEDICADA A LA ASISTENCIA Y LA REHABILITACIÓN EN SALUD MENTAL.

Autores:

Martín Agrest.

Lic. en psicología, máster en administración de sistemas y servicios de salud.

Integrante del equipo de investigación de Proyecto Suma.

E-mail: magrest66@gmail.com

Daniel Abadi.

Médico psiquiatra, coordinador del área de talleres y rehabilitación (SUM), Proyecto Suma.

Carmen Cáceres.

Lic. en psicología (UBA), coordinadora del área comunitaria de Proyecto Suma.

Equipo de capacitación, programa de rehabilitación y externación asistida, hospital interzonal “José A. Estéves”.

Liliana Lamovsky.

Médica psicoanalista. Supervisora del Hospital de Día, proyecto Suma.

Daniel Vigo.

Médico especialista en psiquiatría. Lic. en psicología. Coordinador del equipo de Tratamiento Asertivo en la Comunidad (TAC), Proyecto Suma. RedeAmericas Career Development Awardee 2012-2014, Columbia University / NIMH.

Alberto Neistadt.

Integrante del equipo de Tratamiento Asertivo en la Comunidad (TAC), Proyecto Suma.

Virginia Zalazar.

Lic. en Psicología. Becaria de investigación, Proyecto Suma.

Eduardo Leiderman.

Médico especialista en psiquiatría. Coordinador de investigación, Proyecto Suma.

Gustavo Lipovetzky.

Médico especialista en psiquiatría. Director general de Proyecto Suma.

Miembro de RedeAmericas.

E-mail: glipovetzky@gmail.com

Introducción.

La ayuda entre iguales para dar apoyo a quien tiene una dolencia anímica preexiste a los especialistas en salud mental, tiene una potencia sanadora innegable y una menor difusión entre los profesionales de la salud de la que merecería. Si bien muchas veces se subestima cuanto hacen las personas con trastornos mentales para ayudarse a sí mismas o para obtener ayuda de personas cercanas, no faltan desarrollos que resaltan la importancia de esta forma de ayuda, con sus semejanzas y diferencias respecto de los sistemas formales de apoyo.¹⁻³ Una de las versiones posibles de articulación entre ambas modalidades de apoyo, la informal y la formal, ha sido la incorporación de pares en equipos clínicos y, en particular, al servicio de la atención de personas con trastornos mentales, algo de gran envergadura en otros países y con antecedentes claros en la Argentina.⁴⁻¹³ De todos modos, al menos a nivel local, tanto su conceptualización como los procesos mediante los cuales los pares pueden pasar a formar parte del plantel profesional de una institución de Salud Mental no han sido suficientemente estudiados ni documentados.

A pesar de que esta incorporación representaría un avance en la participación concreta de los usuarios, promovería relaciones más horizontales entre quienes ayudan y quienes son ayudados, enfatizaría la importancia de las capacidades, la autonomía y la esperanza, y podría contribuir a la mejor recuperación de personas con trastornos mentales, en nuestro medio, aún aguarda un mayor número de experiencias testimoniadas y formas de evaluarlas.

Entendemos por “pares” a personas, usuarias o ex usuarias de Servicios de Salud Mental, que han adquirido una destreza a causa de su experiencia de padecimiento y gracias a su capacidad (o saber hacer) para encontrar formas de salir de su sufrimiento, que participan en la sociedad a pesar de su dolencia y que se han capacitado para -y se dedican a- ayudar a otro a transitar de una mejor manera un sufrimiento que tiene semejanza con el propio. Se trataría de compañeros o acompañantes promotores de la recuperación,¹⁴ barqueros o baquianos (Stagnaro, citado en Agrest y Stastny¹²), conocedores de los caminos y atajos de un terreno,¹⁵ no solo comprometidos con su propia recuperación, lograda al menos por un período de tiempo, sino también capacitados específicamente y dispuestos a compartir lo que han aprendido de forma de poder inspirar a otros en el camino de su recuperación.¹⁶ En todo caso, queda de relieve un intento de subvertir la idea de “experto” –condición generalmente atribuida a quien sabe a causa de su preparación académica. En esta concepción, en cambio, es el usuario quien pasa a ser considerado “experto por experiencia”,¹⁷ poseedor de un “saber experiencial”¹⁸ y, gracias a ello, capaz de acompañar a otro en un recorrido con el que está familiarizado.

A partir de estas definiciones, procederemos a dar un marco (tanto teórico como de antecedentes inmediatos) y a relatar una experiencia que muestra los avatares de la inclusión de

.....
pares en una ONG dedicada a la asistencia y rehabilitación de personas con trastornos mentales en la Ciudad de Buenos Aires a partir de abril de 2012.

Justificación: contextualización de la experiencia.

Antecedentes directos en la propia institución.

La incorporación de usuarios y ex usuarios para acompañar la recuperación de otros pacientes no es una propuesta que haya surgido sola ni puede considerarse ajena a una serie de experiencias muy enriquecedoras que tuvieron lugar en la misma institución, desde su apertura misma en el año 2009.

Un grupo semanal dedicado a la reflexión sobre la inclusión laboral, coordinado por una psicóloga de la institución, que comenzó a funcionar desde el inicio, acompañó el acceso al trabajo de numerosos usuarios.¹⁹ La idea que los usuarios de servicios de Salud Mental pudieran trabajar ha sido y sigue siendo una idea rectora de la organización.

La provisión de apoyo para experiencias laborales sirvió como preparación para el desarrollo de un proyecto de pasantía laboral en la misma institución para cuatro personas con certificado de discapacidad, que tuvo lugar entre 2010 y 2012 (con la coordinación de un terapeuta ocupacional).²⁰ Su experiencia en los puestos de trabajo, en el ámbito de la cocina y la administración / secretariado, fue rigurosamente monitoreada y los referentes de la institución encargados de alojarlos contaron también con apoyo para el adecuado desempeño de la tarea. El trabajo mancomunado y la adaptación requerida para todos los participantes de la experiencia deben contarse como un aprendizaje institucional y un aliciente para la posterior incorporación de pares.

A partir del año 2010, el Hospital de Día, que también forma parte de los recursos asistenciales de la organización, incluyó de modo regular desayunos con especialistas en la Ley de Salud Mental para conversar acerca de la misma con los pacientes de este dispositivo. Estos encuentros culminaron con la presentación ante todos los integrantes de la institución de testimonios dados por usuarios acerca de cómo habían sido influidos por la Ley Nacional de Salud Mental, al poco tiempo de su promulgación.²¹

Todas estas actividades, junto a las iniciativas del Área Comunitaria de la institución, deben contarse como marco para el desarrollo del proyecto que describiremos.

Trama conceptual.

A la hora de dar sustento teórico a la experiencia cabe señalarse la heterogeneidad de profesiones, recorridos y marcos de referencia que componen la trama teórica de la institución y, en particular, de quienes participamos de manera directa del proyecto de incluir pares en

.....
nuestros equipos clínicos. Es así que conviven, con inevitables contradicciones y tensiones, distintos esquemas referenciales, concepciones de la salud / enfermedad y propuestas de intervención.

Aún si todos coincidimos en que la inclusión de pares merece una atenta consideración tanto desde un punto de vista clínico como ético (o, lo que es equivalente, en base a la concreción de derechos), las teorías subyacentes y las explicaciones que cada uno fue dando a la experiencia fueron múltiples.

En lo clínico, se sostuvo en las conceptualizaciones vinculadas a la recuperación (mejor conocido aún en territorios de habla hispana como *recovery*²²), aunque los aportes desde conceptos del psicoanálisis^{23,24} y del aprendizaje social^{25,26} fueron valiosas herramientas para explicar tanto su importancia como su eficacia.

La recuperación describe el proceso en el cual la gente es capaz de vivir, trabajar, aprender y participar de lleno en su comunidad. Para algunos individuos la recuperación es la capacidad de vivir una vida plena y productiva pese a seguir teniendo una discapacidad. Para otros, la recuperación implica la reducción o completa remisión de los síntomas.²⁷ Como fuere, la cura no sería parte indispensable de la recuperación y, en ocasiones, cualquiera de ellas podría suceder con independencia de la otra. Alguien podría curarse sin recuperarse y otra persona podría recuperarse sin haberse curado. Ayudar a otros, así como recibir un reconocimiento por hacerlo, no requiere estar curado y, conjeturamos, podría formar parte del proceso de recuperación.

A su vez, los aportes psicoanalíticos han hecho hincapié sistemáticamente en la producción de subjetividad derivada de posiciones específicas en relación a los otros.^{24,28} La posición de ayuda, dadora de apoyo y sostén, incluso con la posibilidad de transformarse en una fuente de trabajo, tendría un poderoso valor subjetivante. La posibilidad de, aunque sea momentáneamente, abandonar la referencia al malestar propio y realizar una tarea por la que se recibe un reconocimiento y una valoración social se transforma a veces en poderoso motor para tener ganas de hacer cosas, algo de enorme importancia en personas que han llegado a situaciones bastante extremas de padecimiento. Como decía alguien que asistió al grupo de pares por un tiempo, la realización de tareas valoradas puede llegar a ser la oportunidad de sentirse “como alguien normal”.²⁹

Frank Riessman, desde la teoría del aprendizaje social, sostuvo que en las relaciones de ayuda, el beneficiario más certero era quien ayudaba y no siempre lo era quien recibía la ayuda.²⁶ Por tal motivo, afirmó, “la estrategia debería ser diseñar modos en los cuales sean más personas las que ayudan”, ya que, según entendía, ellas “resolverán sus propios problemas mientras están intentando ayudar a otros”. Riessman, que llamó a esto el “*helper principle*”

o “principio del que ayuda”, afirmaba que estaría operando una premisa tácita: “debo estar bien si soy de ayuda para otros”. Numerosos de sus ejemplos dando cuenta de este principio provienen del terreno de la educación, en donde, como señala este autor, se suele afirmar que “una de las mejores formas de aprender es enseñar”.

Estos desarrollos se inscriben dentro de las teorías del aprendizaje social²⁵ que enfatizan la adquisición de habilidades o la mayor conciencia de recursos propios (previamente desconocidos como tales) mediante la interacción con otros, percibidos como semejantes, que lo hubieran podido hacer con anterioridad. Desde esta perspectiva, un par sería, a la vez, un apoyo y un modelo para otros que están luchando por su propia recuperación.

En cuanto al sustento basado en la concreción de derechos, esta iniciativa se enmarca en los mismos procesos que dieron lugar a las reformas de la atención psiquiátrica a nivel mundial y que en la Argentina se cristalizan en la adhesión en el 2008 a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad³⁰ y en la Ley de Salud Mental 26.657, promulgada en diciembre de 2010.³¹ Ambas conforman un “piso de derechos” superior a todos lo que establecían legislaciones anteriores y enfatizan la necesidad de considerar a las personas que viven con trastornos mentales como ciudadanos de pleno derecho antes que seres a quienes cuidar y tutelar, sujetos por los que apostar por su mayor autonomía posible antes que consolidar su dependencia y aislamiento, enfatizando sus capacidades por sobre sus discapacidades.³²⁻³⁴

La idea del pasaje de las personas con padecimiento mental severo de ser objeto de cuidados a sujetos de derechos cobra total vigencia en relación al acompañamiento entre pares, porque implica un reconocimiento del genuino deseo de ayudar que experimentan muchas personas en esa condición. El reconocimiento social de su capacidad de ayudar con recursos propios derivados de la experiencia vivida en relación al padecimiento y a cómo superarlo, con el respaldo de nuevos dispositivos que faciliten y alojen los avatares de esta acción, necesariamente comienza por un cambio de actitud por parte de los profesionales del campo de la Salud Mental.³⁵

Objetivos.

Con el objetivo de avanzar en la incorporación de pares en Proyecto Suma, una ONG dedicada a la asistencia y rehabilitación en Salud Mental del barrio de Palermo de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina, nos propusimos llevar adelante una iniciativa de reflexión y capacitación que permitiera la experiencia de compartir el trabajo entre profesionales y usuarios interesados en acompañar a otros usuarios en el proceso de recuperación.

Diseño y ejecución de la experiencia.

Paso 1: ¿Un curso de capacitación para pares dado por profesionales?

A comienzos de 2012 un grupo heterogéneo de psicólogos, psicoanalistas, psiquiatras y un comunicador social, pertenecientes a diversas áreas de Proyecto Suma, comenzamos a reunirnos para diseñar un curso de capacitación para pares. Las bases fundamentales para pensar en dicho curso eran la valorización de la experiencia de quienes habían atravesado problemas mentales y habían logrado algún tipo de inclusión social con posterioridad a esta situación. A diferencia de jerarquizar exclusivamente el saber técnico y profesional, un tipo de relación de saber unidireccional, esta propuesta intentaba privilegiar el saber experiencial y elevar a la categoría de “experto por experiencia” a quien estuviese interesado en acompañar a otros desde su propia posibilidad de superar los obstáculos derivados de su trastorno mental.

Luego de algunos encuentros, el grupo quedó reducido a dos psiquiatras, dos psicólogos y un psicoanalista de distintas áreas (Hospital de Día, talleres, Docencia e Investigación y área Comunitaria). Entre quienes continuamos en el grupo prevaleció la siguiente idea: estábamos equivocados y contenía una contradicción interna si creíamos que podíamos dar un curso (coordinado por profesionales) para pares mientras pretendíamos valorarles su experiencia. Si ellos sabían algo que nos proponíamos destacar y jerarquizar, entonces, ¿qué les enseñaríamos?

Como consecuencia abandonamos la idea de una actividad de capacitación ofrecida a usuarios interesados en el tema del acompañamiento para la recuperación y, en cambio, decidimos alentar un espacio de diálogo en torno a la ayuda entre iguales. Fue así que elegimos no implementar un curso sino convocar a miembros de la comunidad de Proyecto Suma y de asociaciones de usuarios para incluirse en un grupo de reflexión para el diseño de actividades que exploraran y potenciaron las capacidades de ayuda que todos tenemos. Una quincena de personas (de Proyecto Suma y ajenas a la institución) nos reunimos para conversar sobre las experiencias de dar ayuda a otros. Pero, luego de unas pocas reuniones, tan solo ocho personas (entre profesionales y usuarios) continuamos participando quincenalmente de modo estable por algunas semanas.

En esos encuentros cada uno fue hablando de sus experiencias de ayuda (tanto las recibidas como las brindadas). En el inicio, los participantes que asistían el Hospital de Día de Proyecto Suma tendían a referirse a la ayuda que recibían y les daba más trabajo poder hablar de la ayuda que brindaban.

Quienes habían venido sin pertenecer a Proyecto Suma, que hablaban con más libertad sobre ayudas que habían dado o daban a otras personas, tal vez sintiéndose algo extranjeros en relación a la fuerte referencia institucional de los primeros, dejaron de venir al cabo de

.....
muy pocos encuentros. Algunos plantearon que, ahora que se sentían mejor, no estaban interesados en remover las cosas que tenían que ver con el malestar y preferían no involucrarse en forma directa con personas con necesidades de ayuda más allá de lo que ya hacían en este sentido. Otros señalaron que era más pertinente a una reunión de pares encontrarse sin presencia de profesionales. Esas personas se desvincularon del grupo rápidamente.

Si bien el foco estaba puesto en el relato de situaciones de ayuda recibida y brindada, por momentos se deslizaba hacia un grupo terapéutico. Desde una coordinación que intentaba incluir las perspectivas de todos los participantes, centrando la tarea en indagar y ampliar el saber sobre la ayuda, se dejó en claro que ése no era el espíritu de las reuniones.

El grupo era abierto: su acceso sólo implicaba concurrir en el horario estipulado, sin proceso alguno de admisión, y la concurrencia podía interrumpirse transitoria o definitivamente sin admonición ni exigencia.

Ciertos aspectos de la discusión reiteraban las conversaciones que habíamos tenido antes de convocar a los usuarios aunque su presencia le imprimía un carácter más concreto. Distintos integrantes iban tomando notas de las reuniones en simultáneo y luego éstas eran compartidas en el siguiente encuentro, a la manera de crónicas a varias voces.

Algunas frases destacadas fueron:

“A veces les digo cosas a otros que, al escucharme, me doy cuenta que me sirven a mi” (Participante 1)

“Nosotros nos ayudamos entre nosotros sin que nos tengan que decir cómo podríamos hacerlo” (Participante 2)

“En casa funciona un hospital de día, pero a la noche. Yo los ayudo mucho... Pero ellos también me vienen a ver cuando saben que estoy mal” (Participante 3)

“Hay algo que me confunde un poco... Cuando concurría a otra institución, antes de venir acá, tenía claro quiénes eran los profesionales y quiénes los pacientes. Acá no me doy cuenta...” (Participante 4)

Al cabo de dos meses varios participantes comenzaron a venir en forma esporádica. Un usuario preguntó: “si este es un grupo en el que cada uno cuenta sobre la ayuda dada, ¿por qué algunos profesionales que vienen se quedan callados?” Algo de la propuesta comenzaba a mostrar inconsistencias que requerían un cambio de rumbo. Entonces, surgió la idea de diseñar entre todos un curso de capacitación para el acompañamiento, aunque ahora no sería

.....

algo ofrecido por profesionales a usuarios sino el producto del trabajo colectivo, con usuarios participando en las decisiones de qué podría requerir un compañero que buscara ayudar a otro. Consistiría en cuatro encuentros, coordinados cada uno de ellos por un usuario y un profesional, cuyos temas estarían contemplados de antemano según el consenso de todo el grupo de trabajo que había venido reuniéndose hasta ese momento. Cada usuario eligió en qué lugar querría estar en el curso y tres de ellos aceptaron formar parte de la coordinación.

Entre todos se plantearon los objetivos, contenidos de cada encuentro y forma de trabajo de esta iniciativa. El propósito sería ampliar las capacidades de ayuda de todas las personas y acompañar en el descubrimiento de las propias potencialidades para ayudar. Una reunión buscaría despertar el interés por conocer los recursos sociales / comunitarios y los del Sistema de Salud que pudieran ser de ayuda para personas con sufrimiento mental. Un segundo encuentro se propondría ayudar a pensar en las dificultades y en las posibilidades de superación. En el siguiente, buscaríamos que los participantes pudieran aprender a reconocer algunas formas típicas de padecimiento y cómo acompañarlas a partir de las propias experiencias. La última reunión se dedicaría a explorar y anticipar potencialidades y obstáculos en la relación entre profesionales y pares.

La convocatoria estuvo lejos de ser la que esperábamos. Tan solo un nuevo participante, que se atendía en el Hospital de Día de la institución, vino al curso. Sin embargo, dicho usuario se entusiasmó profundamente con la tarea de ayudar, al finalizar se incorporó al grupo de trabajo que venía funcionando y, mientras seguía concurriendo al Hospital de Día, se transformó en la persona más activa en cuanto a la reflexión y participación en las conversaciones sobre la ayuda ofrecida. De ahí en más comenzaríamos a funcionar como un espacio de reflexión y apoyo de las intervenciones de ayuda encaradas por usuarios.

Este participante pasó a ser la fuente por excelencia de situaciones de ayuda que abrían la reflexión. Con sus palabras, decía: “Uno siente una gran satisfacción cuando se da cuenta que su intervención hizo que un compañero se alivie al ser ayudado”. De modo informal, aunque al amparo de la reflexión en el grupo, contó numerosos episodios en los que intentaba ayudar a un amigo y compañero en el Hospital de Día.¹³ Más tarde, este mismo amigo se sumó al grupo de pares, generándose una situación extraña: aquella persona a la que, por referencias previas, todos conocíamos en cuanto a sus dificultades se hacía presente en el grupo para hablar de sus deseos de ayudar a otros. En esta nueva situación que el grupo de trabajo enfrentaba, se suscitaron momentos de incomodidad. El relato que estábamos escuchando contrastaba con lo compartido previamente, que dificultaba escucharlo sin tanto prejuicio. La historia tan reciente de esta persona “recibiendo ayuda” la ubicaba en un lugar disímil al resto de los integrantes. La paridad podía ser una intención pero no era algo dado y, en el

.....
grupo, volvía a circular la paradoja que “todos éramos pares, pero algunos éramos más pares que otros”. A las dos semanas, este nuevo participante dejó de venir, y las reuniones hablando sobre la ayuda provista por los concurrentes al grupo continuaron.

Con el tiempo, de diferentes áreas de la institución, varios profesionales pasaron a consultar al grupo antes de sugerir a personas usuarias de dichas áreas acercarse para participar de este espacio de conversación. Entre 8 y 12 personas siguieron asistiendo con regularidad, aunque ninguno de los pares participantes actuales fue parte de la convocatoria original, salvo una persona que dejó de participar durante un año y se hizo presente recientemente.

El grupo continuó, y aún continúa al momento de escribir este relato, aunque hacia mediados del 2013 fue posible dar un nuevo paso.

Paso 2: La inclusión laboral de un par.

“El alumno del curso”, y miembro del grupo, fue contratado por el equipo de Tratamiento Asertivo en la Comunidad (TAC), que hacía poco se había creado en Proyecto Suma.* Considerando experiencias de otros países,^{36,37} este dispositivo surgió de la observación de una dificultad recurrente en el programa de Hospital de Día (HDD) de la institución: por un lado, los pacientes más severamente afectados (y sus familias) se veían frecuentemente imposibilitados de adherir al alto grado de estructuración que un HDD implica (conurrencia a la entrevista de admisión, adherencia a horarios, normas y rutinas institucionales o grupales, etc.); por otro lado, aun quienes, a pesar de su grado de afectación, podían incluirse en entornos terapéuticos altamente estructurados, no recibían rutinariamente intervenciones comunitarias específicamente dirigidas a trasladar al ámbito social dichas capacidades de inclusión.^{38,39} Tras un año de puesta a prueba del dispositivo se consolidó como un área que provee o coordina tratamientos en la comunidad, complejos e integrados. Llegó a estar formado por seis integrantes, entre los que se cuenta un par.

Su proceso de inclusión fue descripta por el coordinador del equipo, diciendo: “Junto con el responsable del taller de pares coincidimos en que uno de los participantes del taller y usuario del HDD demostraba no solamente un recorrido con respecto al propio padecimiento, sino una posición frente al padecimiento ajeno muy apropiada para incluirse en un equipo clínico. Por un lado, impresionaba como habiendo logrado un alto grado de autonomía en su vida cotidiana y, por otro, siempre se mostraba dispuesto a colaborar con otros usuarios de la institución. Además, su mejoría lo llevaba a preguntarse de qué forma podría incluirse

*El área “TAC Suma” fue desarrollada en el año 2012 por su coordinador, en colaboración con Robert Rosenheck, Graham Thornicroft y Ezra Susser, en el marco del proyecto RedeAmericas, una colaboración internacional con base en la Universidad de Columbia y financiada por el Instituto de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH).

laboralmente en forma más intensa que antes. También estuvieron de acuerdo la referente del tratamiento en el HDD, su psicoterapeuta y su psiquiatra”.

La incorporación, como cualquier trabajo, supuso acordar sobre diversas cuestiones formales. “Preguntó cuáles serían sus honorarios, carga horaria, y otros aspectos administrativos. Luego de conocer estos aspectos dio su acuerdo, y se resolvió una integración gradual al dispositivo. Sin embargo, surgieron algunas dificultades a la hora de concretar dicha inclusión: el par refirió que no podía descuidar su otra labor, por lo que no sabía cuánto tiempo podría dedicar al TAC. Planteó, también, una dificultad para incluirse en las reuniones de equipo, ya que coincidían con horarios de su propio tratamiento (en proceso de alta). Con respecto al primer aspecto, se convino que su trabajo en el TAC no le impediría continuar con su otra actividad laboral (que desarrollaba en forma autónoma a tiempo parcial). En relación al segundo punto, se le planteó que la concurrencia a la reunión de equipo era parte integral de la participación en el TAC, por lo que si bien era posible cierta flexibilidad transitoria al inicio (llegar tarde, por ejemplo), esto debía resolverse si su decisión era integrarse al TAC. Estas dificultades fueron rápidamente superadas por el par y no generaron obstáculos a su integración, ni recibió en este sentido un trato “preferencial”, ya que el mismo tipo de concesiones se realizan habitualmente en la institución con los profesionales que se integran a los distintos espacios”.

Esta inclusión laboral le valió una invitación al taller de radio que funciona en la institución para ser entrevistado por los participantes a propósito de su recuperación. Luego de dar su testimonio ante otros usuarios se quedó participando en forma regular del taller. Más adelante, para visualizar el tipo de complejidades asociadas a esta nueva función en la institución, comenzó a compartir ese espacio con una persona a la que acompañaría al salir del taller. Es decir, eran compañeros en un sentido durante la hora del taller y luego -siendo pares en un sentido un poco diferente- él debía officiar de acompañante en otras actividades (una de las cuales, por ejemplo, fue ayudarla a realizar el trámite para obtener el certificado de discapacidad).

Mientras tanto, el lugar de este integrante fue tornándose cada vez más impar. En los espacios formativos o recreativos a los que asistía por ser un miembro del equipo de TAC, no tenía par. Y en las reuniones del grupo de pares, era el único que además estaba empleado con una remuneración para ofrecer su ayuda. Por más que seguía funcionando un grupo de pares que lo albergaba y contenía, la iniciativa había producido un “impar” en todo sentido.

En simultáneo al transcurso de la experiencia seguimos avanzando en la figura legal de su inclusión en la institución. Si bien la ley promueve la ampliación de derechos, la capacidad jurídica, la creciente participación de los usuarios en sus tratamientos y la creación de nue-

.....

vos dispositivos, no terminaba de quedar claro cuál sería su marco legal de referencia, por ejemplo, ante el caso de algún imprevisto o situación conflictiva con algún usuario. El “voluntario”, el “operador terapéutico” y el “acompañante terapéutico” pasaron a ser formas de encuadrar la actividad del par, sin definirla exactamente. Persiste un vacío en materia jurídica que aún buscamos contribuir para resolverlo. Para ello iniciamos consultas y conversaciones con distintos organismos estatales y expertos con el fin de ir encontrando respuesta a este problema.

Al comenzar a asistir a reuniones con profesionales, por fuera del equipo del TAC y del grupo de reflexión, surgieron varios temas. Primero, su presentación al resto del equipo. Si bien era conocido por la mayoría de los asistentes a esas reuniones en calidad de paciente, solo los coordinadores de cada una de las áreas sabían que había comenzado a trabajar en la institución (y no todos ellos lo habían transmitido a sus equipos). Como fuera el caso, era necesario presentarlo a la totalidad de sus compañeros. A causa de vacilaciones e imprevistos, el conjunto de los trabajadores de la institución llegó a saber de su presencia en un ateneo en el que el presentador dio pie a uno de los coordinadores generales de la organización para mencionar, como al pasar, que un par nos estaba acompañando. Sin mayores comentarios, las actividades de ese momento continuaron. No hubo una presentación adecuada y, como veremos más adelante, fue registrado como un inconveniente por varios integrantes. Segundo, la dificultad que tendría para comprender innumerables términos utilizados de modo compartido entre profesionales de la salud mental. Un encuentro, por ejemplo, estuvo dedicado a hablar de las “psicosis” y sus abordajes, lo cual motivó que preguntase a un profesional que participa en el grupo de pares si eso es lo que había tenido él. Otro encuentro, que contó con la presencia de un psiquiatra y epidemiólogo extranjero, motivó que dudase de la utilidad de asistir a esas reuniones. En confianza, hablaba de su problema para mantener la atención y de entender lo que se decía. Respecto de sus reuniones de equipo, muchas veces decía no comprender gran parte de los términos utilizados y tener dificultad para hacerle saber al resto que él no estaba entendiendo. Tercero, su malestar por sentirse en algunas ocasiones puntuales, como él creía, “discriminado”. En ciertos momentos vivía el trato recibido por parte del personal de la institución de una manera que lo incomodaba, no contando con iguales oportunidades que el resto en asuntos que podríamos llamar de “la vida social de los integrantes cuando interactuaban entre ellos”.

Por ese tiempo, las secretarías recibieron un pedido de informe sobre el funcionamiento del grupo de pares por parte de alguien interesado en formar parte del mismo. Una de las secretarías consultó a un psicólogo responsable de ese grupo y éste le dijo que esta persona interesada podía hablar con él o que también podría hacerlo con quien ya estaba trabajando

.....
como par. Por un instante, la secretaria permaneció en silencio, dubitativa. ¿Acaso el “paciente” sería quien orientaría a quien quiere saber por el grupo de pares? Su sorpresa fue mayor aun cuando se le informó que había entendido correctamente: eran los pares mismos quienes podían dar cuenta de qué se trataba el funcionamiento del grupo ante alguien que quisiera incorporarse.

Otra situación que da cuenta de los avatares de la inclusión de pares es la que tuvo lugar en el contexto de una reunión de equipo para ofrecer a los profesionales del área de talleres de la institución que consideraran la posibilidad de incorporar pares. Con excelente predisposición ante la idea, un integrante del equipo sugirió que podría pedírsele al par que dijera a un usuario de un taller lo que hasta el momento ningún profesional había encontrado manera de decir: “por favor, bañate”. La propuesta, si bien ingeniosa, dejaba la impresión que, en la cabeza de los profesionales, un par podía ser alguien que tuviera un nivel de cercanía con los usuarios como para ocuparse de aspectos que podrían llamarse de “cuidado”, a diferencia de la “atención” (que seguiría recayendo en los especialistas).¹³ Más allá de eso, no era clara la pertinencia ni la necesidad de recurrir a alguien que no conocía al usuario en cuestión para decir algo que estaba resultando complejo de decir. Este asunto, por ejemplo, fue tratado en el grupo de pares en donde un participante dijo: “yo no se lo iría a decir, pero podría hablar con la persona que se lo vaya a decir para, en base a mi experiencia no queriendo escuchar ese tipo de cosas, buscar la forma más apropiada para que se lo diga”.

En este sentido, el grupo de reflexión se transformó en una caja de resonancia para elaborar situaciones ligadas a la ayuda provista, imaginar distintas formas de dar apoyo y contener los efectos a veces desbordantes derivados de la tarea concreta.

Paso 3: Evaluación de la incorporación de un par según los distintos participantes de la institución.

Al cabo de 6 meses de incorporarse en las actividades, además de la retroalimentación que ofrecía el grupo de pares, decidimos llevar a cabo una pequeña encuesta interna *online*, dando la posibilidad de conservar el anonimato, para capturar un aspecto de la experiencia de los profesionales en torno a la inclusión de este nuevo trabajador. Enviamos el *link* para responder la encuesta *online* al conjunto total de trabajadores de la institución, 75 personas, en su mayoría psicólogos y psiquiatras, con presencia de terapeutas ocupacionales, musicoterapeutas, enfermeros, y personas con variada formación que coordinaban los talleres de la institución. El par también recibió la encuesta y, luego de conversarlo con él, resolvimos que él no la respondería y que habría otras preguntas que sería de provecho mutuo si pudiera contestar.

En paralelo, pedimos al coordinador del equipo en el que se había incluido que nos transmitiera sus impresiones sobre la experiencia, y solicitamos al par que hiciera un relato a modo de síntesis de lo vivido hasta ese momento. De este modo esperábamos contar con un concierto de voces que permitieran triangular los efectos de esta iniciativa al interior de la organización.

Partimos de las siguientes preguntas: ¿Acaso todos sabían que un par se estaba desempeñando en Suma? ¿Acaso sabían de su presencia en los ateneos y reuniones? Como fuera, ¿qué creían que aportaba o aportaría esta presencia? ¿Cómo suponían que afectaba a sus compañeros y a ellos mismos?

Por otro lado, ¿qué percepción tenía el coordinador de la inclusión de un par en su equipo? ¿Qué dificultades había observado? ¿Qué oportunidades pudo ver? ¿Le parecía que la experiencia vivida como paciente de Suma modificaba en algo la manera en que las personas que acompañaba aprovechan su ayuda? ¿Cómo habían conversado el tema de explicitar o no que había sido paciente a las personas que ayudaba?

A su vez, solicitamos al par que hiciera una síntesis en base a las siguientes preguntas: ¿Qué dificultades creía que había tenido? ¿Qué le resultó lo más complicado? ¿Qué fue lo más interesante? ¿Qué le había hecho bien y qué le había resultado un obstáculo? ¿Cómo le parecía que había sido recibido por sus compañeros y por el resto de la institución?

Nos proponíamos conocer distintas visiones de este proceso aunque, en una primera etapa, sin focalizarnos en los usuarios sino en los miembros de la misma organización.

Resultados obtenidos.

Los resultados de la experiencia se pueden dividir en aquellos correspondientes a la evaluación y aquellos más generales deducidos del conjunto de pasos emprendidos.

Resultados de la evaluación.

El foco primario estuvo puesto en una dimensión de la presencia de pares en la institución que frecuentemente es dejada de lado: ¿cómo viven los *profesionales* la incorporación de usuarios al equipo de trabajo?

La tasa de respuesta fue del 67%: 50 de los 75 colegas de la institución contestó la encuesta. De ellos, el 85% sabía que un par trabaja en Suma y el 80% sabía que concurría a los ateneos. En una escala de tres opciones, el 15% de quienes sabían de su presencia creían que este usuario le estaba modificando mucho su manera de hablar sobre los pacientes (y en un porcentaje similar suponían que estaba modificando la manera que tenían sus colegas de hablar de los pacientes). Un tercio no veía que modificara en nada su forma de hacerlo.

.....
El resto se ubicaba en un punto intermedio entre mucho y nada. La expectativa potencial de ver modificada la manera de hablar de los pacientes (por una presencia que desconocían) era similar a la experimentada por quienes sí sabían.

Al solicitarles que explicaran su respuesta previa, prevaleció (con un tercio) la idea que ya hablaban respetuosa y apropiadamente de los pacientes, con lo cual no había motivo para modificarla. “Siempre trato de expresarme de la misma manera, haya o no usuarios presentes”. “Siempre me expreso como si los usuarios estuvieran presentes”. Otro encuestado, usando una sola palabra para contestar, dijo que la manera en que modificaba la manera de hablar era simplemente “ninguna”. Es posible leer en estas respuestas una actitud defensiva, como si la pregunta por la incidencia de un par presente en las reuniones presupusiera alguna forma errónea de referirse a los pacientes, y los profesionales se vieran compelidos a aclarar que su forma de hacerlo ya era la correcta.

Hubo, adicionalmente, un 8% que respondió que la presencia era negativa: “No me parece que un par tenga que participar de las actividades profesionales. Tiene que participar de las actividades con otros pares”. “Estimo que el lenguaje técnico con el que nos referimos a los pacientes en una reunión de equipo, puede ser estigmatizante para un paciente y muchas veces iatrogénico”. “No me resulta fácil explayarme en mis consideraciones clínicas, teóricas, y porque el usuario en cuestión no se habilita o no ha sido explícitamente habilitado para disentir”. Aquello que para algunos era una presencia que en nada variaba las formas de hablar de los pacientes, para otros era una exigencia perjudicial para el usuario y un impedimento para hablar con la libertad acostumbrada.

Algo menos de un quinto de quienes respondieron se refirió a la participación de un par de modo que podemos categorizar como “neutra”: “En realidad (...) no me modifica nada, porque lo incluyo como uno más”. “Pareciera que es un observador y dada su poca participación pasa desapercibido”. “Creo que no debería modificar la manera de hablar de los pacientes”. En este grupo de respuestas, aunque con similitudes, está ausente la actitud defensiva propia del tercio analizado en primer lugar.

Asimismo, casi un tercio de los encuestados se mostró optimista y positivo sobre esta inclusión: “Me parece que su presencia nos modifica positivamente. Creo que hace que utilizemos un lenguaje más llano y ser más conscientes de las necesidades de los pacientes”. “Trato de hablar en un lenguaje menos técnico y más accesible para todos, tal como lo intento hacer cuando atiendo a los usuarios. A veces, entre profesionales se usan códigos o expresiones que pueden presuponer conocimiento sobre el tema”. “Utilizo menos términos técnicos y preservo más de lo que preservaba datos personales de los pacientes en ateneos”. “Cuando hablo de quienes se encuentran en tratamiento en la institución intento hacerlo siempre como

.....

si hablara con alguien que padece un sufrimiento mental o que tiene alguien muy cercano que lo padece. A pesar de eso, noté que hablando con este usuario he tenido mayor cuidado en la forma de expresarme”. Este grupo de profesionales, cercano al 30% estaría más dispuesto a reconocer los beneficios de la presencia de pares, aceptando limitaciones propias y valorando distintos aspectos de su inclusión.

En cuanto al aporte que los profesionales creían que podía tener la presencia de un par en la institución, real o potencialmente, las 41 respuestas fueron en su mayoría positivas. Tan solo 5% se mostraron críticos. Uno cuestionó el término de par ya que no le quedaba claro “par de quién” era (“de otros usuarios o de profesionales”). Otro, de modo similar, afirmó que “para que exista par tiene que haber más de uno; si no, todo este tema suena a algo artificial”.

Otras respuestas, sin llegar a ser críticas, se fundamentaban en sugerencias, como “darle un lugar de más participación en la medida de lo posible”. Un encuestado señaló que el apoyo del par requeriría precisiones: “habría que buscar una palabra que fuera como ‘terapéutica’ pero que no se confunda con psicoterapéutica”.

Tres respuestas podrían categorizarse como “neutras”: “No lo tengo claro aún”, “Dependerá del par el aporte que pueda hacer a la institución”. Una se limitó a señalar: “¡Qué buena pregunta!”

Las mayoritarias afirmaciones positivas aparecen incipientemente en respuestas del tipo de “podría ser un gran aporte” y el rescate de “la originalidad, la señal que emitimos hacia el afuera y hacia nosotros, la posibilidad de una incomodidad productiva”.

La valorización de la perspectiva de los usuarios se presenta reiteradamente: “le devuelve protagonismo a los usuarios”, permite “transmitir algo de su padecer institucional”, o “expresar su punto de vista desde el lado del usuario”. Un encuestado afirma: “es muy conveniente el testimonio de un usuario que supera una sintomatología para pacientes y profesionales”. Otros dicen: “Creo que puede aportar su visión sobre el desempeño de los profesionales”, y “podría agregar alguna vez una perspectiva que ninguno del resto habría considerado”.

En este mismo sentido, sus aportes fueron vinculados con “poder saber qué es lo que piensa y siente la otra persona desde un lugar más cercano”. “Creo que el aporte para con otros pacientes sí puede ser bueno ya que es alguien que pasó por la experiencia de atención y puede brindar otra mirada al problema de la salud mental”. “Es muy valioso tener la perspectiva de la enfermedad [que tiene un par], ya que los libros pueden enseñarnos muchísimas cosas pero quizás el impacto que puede causar un par en otro paciente puede ser mucho mayor desde la empatía que esto puede generar entre ambas personas”.

Varias respuestas destacan el valor fundamentalmente enriquecedor: “El aporte del par a la institución es la capacidad de hacer pensar a los que la integran en nuevas modalidades

.....
de rehabilitación en Salud Mental en forma directa”, “favorecer la inclusión y replantear nuestras prácticas”, “ampliar y aprender más”. “Favorecer la escucha y enriquecer la práctica diaria”. “Es muy importante que alguien que estuvo [como] paciente, pueda ayudar a los profesionales, porque tiene otro trato con los otros usuarios, tiene otra postura hacia ellos y puede ganar un nivel confianza que los profesionales probablemente nunca podremos tener, porque hay una barrera invisible en el medio”.

También ha merecido una mención lo referido a las relaciones de poder, la desestigmatización y su función de modelador de nuevos roles sociales posibles: “Además tendría un efecto positivo en el resto de los pacientes, pues pueden ver en éste un espejo, un objetivo a seguir, la posibilidad de salir de ese lugar de paciente y cambiar de estatuto”. Alguien manifestó que es “La posibilidad de que el resto de los pacientes se proyecten en una situación diferente”. Otro encuestado señaló que “Corre de escena el asunto del “poder médico””. Fue mencionado que podría “Democratizar la práctica clínica”. O también que “el sólo hecho de considerarlo par me parece un aporte valiosísimo. Si queremos que la sociedad no estigmatice a aquellos que padecen de su psiquismo debemos aprender a trabajar con los usuarios y no desde una posición distante”.

Hubo quienes, en esta misma línea, destacaron el valor de nexo que podría aportar su presencia: “Actuar como un nexo de interacción entre pacientes y ex -pacientes brindándoles esperanza y transmitiéndoles su experiencia”. “Dar su mirada, ser puente entre profesionales y pacientes “. “Generar en los profesionales menos estigmatización de los pacientes, que sí la hay entre los profesionales, siempre hay un “ellos” y “nosotros”, esto podría atemperarse”.

La perspectiva del *coordinador del área de TAC* aportó su visión de haber incorporado a un par señalando que “una vez incluido formalmente surgieron las complejidades propias de la intervención comunitaria de apoyo a usuarios severamente afectados, ya sea desde el lugar de par o profesional”. Puntualizó que siempre tenía “una actitud proactiva” y que “la mayoría de las sugerencias que era necesario hacerle tenían que ver con preservarse y no implicarse tanto en las situaciones clínicas”. Para ejemplificarlo relató dos situaciones interesantes en las que participó el par aunque también con riesgos de sobreinvolucrarse. En una de ellas, “durante una intervención de apoyo en la comunidad consistente en bicicleteadas periódicas para favorecer un estilo de vida más saludable en un usuario que padecía sobrepeso secundario a la medicación psiquiátrica, el usuario abandonó la biciesenda para pedirle una pitada de marihuana a un grupo de personas en la vía pública. En ese momento se presentó un policía que detuvo al usuario. El par intercedió para que no se lo llevara a la comisaría, convenciendo finalmente al policía y ahorrándole al usuario una experiencia sin duda desagradable”. En otra situación, “durante una intervención de apoyo ocupacional, el par acompañó a un usua-

.....
rio que estaba a prueba en un trabajo repartiendo volantes. Luego, comentó en la reunión de equipo que el usuario era manifiestamente negligente, y que era él quien corregía todos los errores que detectaba (por ej., acomodaba correctamente los volantes en los buzones o debajo de las puertas, etc.), lo que le produjo significativa ansiedad”. En algún sentido, el par estaba dispuesto a realizar el trabajo por su compañero.

En ambos casos quedó de manifiesto que el riesgo pasaba por el excesivo involucramiento al que podía verse expuesto un par. “Gran parte del trabajo de supervisión pasaría por acotar el margen de responsabilidad del par en el devenir clínico o personal del usuario”. Tal como era conversado en el grupo de reflexión de pares, la distancia respecto del usuario mostró ser crítica y requerir permanente atención para no quedar atrapado en el sufrimiento de quien buscaba ayudar.

A modo de síntesis, tras estos meses de contar con un par en el equipo, el coordinador destacó que “las intervenciones del equipo se veían enriquecidas por una perspectiva diferente y por un perfil no asequible desde el punto de vista técnico”. También remarcó que la dinámica del equipo se había transformado “ya que la inclusión de un usuario trastoca ciertas asimetrías implícitas en las relaciones terapéuticas que resultan verdaderos obstáculos al desarrollo de intervenciones genuinamente orientadas por la recuperación”. Por último, creyó que este integrante del equipo había “profundizado su participación y, a través de ella, su proceso de recuperación personal, partiendo del hecho de que está laboralmente incluido con plena legitimidad”.

En cuanto a la perspectiva de la persona que se desempeñaba como *par*, su relato de la experiencia enfatizó que era muy positiva y que se había “adaptado enseguida”. “Con la gente del equipo del TAC me sentí cómodo de entrada: ni excluido ni extraño”. “Después de tres años de atenderme en Suma la siento como mi casa, y estoy como pez en el agua, seguro”. Aquello que en algunos casos se presenta como dificultad por haber sido paciente en el mismo lugar donde se comienza a trabajar, fue minimizado respecto de las ventajas de conocer el lugar.

Con una secretaria, que aclara que ya no está más, dijo haberse sentido mal en un momento. Al poco tiempo de iniciar sus funciones, ella le habría dicho: “así que ahora sos importante?!” Sobre lo cual, él refirió: “me molestó porque no me sentía importante sino que me sentía igual que siempre”.

Reflexionando sobre los beneficios que pudiera haberle traído su tarea señaló: “como tengo un carácter por el cual veo un problema y me le tiro encima, aprendí a manejarme distinto. Yo era de manejarme sin hablar con el equipo. Una vez alguien en el grupo de pares me dijo que me había enroscado de más con un compañero y que no hacía de par sino de amigo.

.....
Aprendí a tomar algo de distancia. En un caso que participé, que intervino un policía, tuve tiempo de pensar, reflexionar y después me acerqué a ver cómo resolver el problema”.

Lo más difícil que tuvo que afrontar dijo que había sido “ir a buscar un paciente a una clínica y acompañarlo a Suma. Verlo tan dopado que casi no podía ni caminar, eso fue lo peor”.

En cuanto a lo más satisfactorio hasta el momento para él de su tarea, manifestó que había sido a propósito de otra persona con la que había trabajado en el acompañamiento: “En el equipo del TAC veíamos que alguien que parecía estar bien, aunque su vida estaba bastante complicada, había empezado a sufrir y a pasarla mal. En una reunión de equipo le dije al coordinador que yo creía que si bien estaba sufriendo era como parte de estar mejor, de verse como persona social, y que esa era una mejoría, aunque le traía sufrimiento. Esto es algo que creo haberme dado cuenta y me hace sentir bien esa mejoría”.

La forma en que había sido presentado a sus compañeros mereció una mención. Su recuerdo espontáneo fue que no había existido presentación alguna. Luego, destacó que un miembro de la institución había hecho un comentario al pasar, con cierto humor, señalando su presencia en medio de un ateneo con un invitado. “Me hubiese gustado –dijo- que me presentaran como par, que estaba trabajando en el TAC. Entonces yo hubiese podido decir qué hago, que no soy psicólogo, y cómo surgió que me invitaron a participar”.

Resultados de la experiencia global.

Los resultados principales fueron la continuidad de un grupo de pares a lo largo de dos años, el sostenido interés del equipo del TAC en conservar el aporte de este compañero para la recuperación y una profundización en el modelo de trabajo basado en la recuperación.

El armado de un grupo guiado por la ayuda horizontal significó un aprendizaje para todos sus participantes, así fueran profesionales o usuarios, no exento de vacilaciones respecto de su sentido, pertinencia y utilidad. La conservación del foco puesto en la ayuda provista, para evitar su deslizamiento hacia narraciones del propio sufrimiento en donde se acentuaba la diferencia y parecía convocarse a la ayuda formal, fue una exigencia casi permanente. Como contrapartida, sostener en acto la valoración de las capacidad de ayudar de todas las personas, sin caer en la tentación de interpretar, señalar, orientar o enseñar, implicó un giro copernicano en profesionales acostumbrados a escuchar usuarios necesitados de ayuda. Es tal vez una impresión global que toda la institución pasó a estar aún más atenta que antes a los apoyos informales, a las ayudas espontáneas entre compañeros, a los beneficios ajenos a la ayuda profesional y, como señala Eduardo Basz³⁵, a confiar más en la capacidad de las personas de transformar sus vidas.

El compromiso de ir al grupo, el ser esperados por los aportes que cada uno podía hacer,

.....
el estar ahí por elección y, a la vez, aceptando el derecho a tener obligaciones, el ser buscados para ayudar y, de tal modo, cumplir una función, parecen haber sido decisivos para el sostenimiento de la propuesta. Para algunos era la primera vez que tomaban conciencia de tener algo para dar y de estar en un lugar gracias a sus capacidades y no para arreglar sus discapacidades. Era la oportunidad para cuestionar el auto-estigma que tantas veces acompaña al estigma social y mina las esperanzas de ocupar un lugar de valor en el tejido social.

La preparación conjunta del curso para ampliar las capacidades de ayuda de todas las personas contribuyó aún más a diluir las diferencias entre profesionales y usuarios ya que *todos* lo organizábamos. En este sentido, para los participantes del grupo, era claro que la paridad no se limitaba a la que podían tener *entre los usuarios* sino que alcanzaba al conjunto de ese grupo. Consideramos que no habría verdadera valorización de la ayuda horizontal sin una vocación por aprender de ella. Suponer que los usuarios debían aprender de los profesionales para saber ayudar se ubicaba en las antípodas de lo que queríamos promover.

La inclusión laboral era un paso que estaba previsto desde el inicio de la convocatoria a usuarios interesados en ayudar a otros. Más allá de cuestiones formales y legales (no menores), la incorporación de un par trajo consigo un sinnúmero de situaciones imprevistas -algunas de las cuales fueron relatadas- y posibilitó conversaciones novedosas en torno a las capacidades de los usuarios.

La evaluación de la perspectiva de los profesionales surgió como inquietud del equipo de investigación de la institución por saber si la forma en que se había comunicado la incorporación de un par había llegado a todos y si los profesionales creían que su presencia condicionaba de algún modo la manera de hablar sobre los pacientes en los espacios compartidos.

Aun con los antecedentes señalados y a pesar de que en la institución se trabaja con el modelo de la recuperación, numerosas expresiones dan cuenta de las dificultades para aceptar a quienes eran pacientes como colaboradores capaces de aportar una perspectiva original y de ayuda para otros usuarios.

Evaluación de éxitos y fracasos.

La evaluación de la experiencia formó parte de la experiencia misma. Como se señalara, el tercer paso descrito da cuenta del intento de incluir la evaluación como parte indisoluble de la práctica. En ella es posible apreciar diferentes perspectivas que consagran éxitos y fracasos según la consideración de los diversos actores.

Asimismo, solamente el haber podido desarrollar la experiencia puede considerarse un logro. Haber armado un curso en forma conjunta, el funcionamiento del grupo de reflexión sostenido en el tiempo, la inclusión laboral de un par y la evaluación, en su conjunto e indi-

vidualmente, se contabilizan como un éxito.

Eso no significa que no existieran dificultades, contradicciones y hasta cierta oposición de parte de algunos integrantes de la institución. Aunque lejos de considerarlo un fracaso, creemos que han sido de gran ayuda para superar los desaciertos inevitables de toda iniciativa novedosa en una organización. En este mismo sentido, quedó pendiente sumar a la evaluación la perspectiva de los usuarios que trabajaron con este compañero para la recuperación.

Enseñanzas extraídas: propuestas para el futuro.

Hemos descripto tres pasos en el camino de la incorporación de pares en una institución de Salud Mental: el armado de un grupo de reflexión, la apertura de un puesto de trabajo y una evaluación triangulada de la inclusión de un par. Sin embargo, como se señalara, fueron posibles en el marco de una serie de iniciativas que hubieron de preparar el terreno. Numerosas derivaciones, ligadas de modo directo e indirecto, comenzaron a sucederse dentro de la institución. Recobró fuerzas una antigua idea de contar en algunos espacios con un “paciente tutor” -alguien capaz de recibir, acompañar inicialmente y ayudar en la “navegación” dentro de la institución y en los primeros pasos fuera de la misma- y se planteó, a partir de las experiencias relatadas, que ésa sería una posible actividad para los pares que concurren al grupo de reflexión o para otros usuarios de más trayectoria en algunos talleres. Asimismo, el taller de radio abrió sus puertas para que los usuarios dieran testimonio de sus procesos de recuperación, algo que hicieron dos integrantes del grupo de pares y, tras escucharlos, otros se ofrecieron para continuar. Nuevos pasos están en marcha.

Aquello que en teoría es aceptado casi unánimemente, que las personas con trastornos mentales poseen derechos consagrados por la Convención de Derechos³⁰ y por la Ley de Salud Mental³¹, que suelen tener capacidades para desempeñar algún trabajo -tanto preservadas como a lograr-y que las redes informales de ayuda son importantes para todas las personas, cuando llega el momento de compartir de hecho una actividad laboral e incluirlas como acompañantes para la recuperación, quedó demostrado no ser una tarea sencilla.

En primer lugar, existieron escollos legales. En cada momento histórico dado es posible encontrar prácticas legítimas en base a conocimientos y doctrinas de la época, aunque con carencias en cuanto a una legalidad que las respalde. Análogamente, existen prácticas legales, que conservan su vigencia, aun si están escasamente legitimadas según los saberes de ese momento: hay prácticas que han demostrado su ineficacia en términos de salud y su desestima por los derechos de las personas y, sin embargo, cuentan con legislación que las convalida. La iniciativa llevada a cabo se ubica de lleno en el primer caso y a la búsqueda de figuras que doten a esta práctica de un mejor marco legal. En el contexto de la tarea de los equipos

.....
de Salud, la ayuda entre pares hoy podría ser parte de los nuevos dispositivos -necesarios según el cuerpo jurídico vigente y su reglamentación- en tanto y en cuanto se trata de una legislación que promueve y propicia la participación de usuarios, familiares como sujetos de la transformación. Tal es así que los instrumentos legales y las convenciones suscriptas corren peligro de transformarse en letra muerta si quienes trabajamos con el sufrimiento mental no contribuimos al desarrollo de experiencias reparadoras y que permitan dar vida a las palabras que sintetizan años de debate y principios éticos difíciles de objetar.

En segundo lugar, escollos de convivencia. Incluso habiendo antecedentes de incorporación de usuarios a distintas actividades, existiendo un grupo de pares antes y durante la tarea de este usuario como parte de los equipos clínicos, con profesionales de diversidad teórica y probablemente mayor apertura para la existencia de otros saberes, habiéndose aceptado la recuperación como meta y paraguas teórico bajo el cual tienen lugar diversas prácticas clínicas de la organización, la incorporación de pares resultó compleja.

Una enseñanza de la experiencia es que por más que las condiciones institucionales sean adecuadas para incorporar pares, convendría que la inclusión en los equipos fuese de más de uno por vez (de forma de acompañarse mutuamente en la tarea y no solo en un grupo de reflexión). Asimismo, no deberían escatimarse los esfuerzos por realizar una presentación adecuada y que contemple las necesidades y preferencias de los nuevos trabajadores. Del mismo modo, sería importante hacer lugar a las dudas o malestares que pudieran experimentar los profesionales en el proceso de inclusión.

Conclusiones.

La articulación entre ayudas formales e informales puede contarse entre los mayores desafíos del trabajo en Salud Mental Comunitaria. Incluir, compartir, aprender y respetar las reglas de los sistemas de apoyo y ayuda informales, haciendo lugar a la perspectiva de los usuarios, podría ser uno de los grandes desafíos de los profesionales que conforman la red formal de Salud Mental. La inclusión de pares representaría una inmejorable oportunidad para afrontarlos y esta experiencia da testimonio de las dificultades y de los aciertos acontecidos en el camino.

Bibliografía:

1. Froland C, Pancoast D, Chapman N & Kimboko P. Helping networks and human services. Sage Library of Social Research, Vol. 128, London: Sage Publications Inc., 1981.
2. Murillo ML y Gracia Fuster E. La integración de los sistemas formales e informales de apoyo social. *Información Psicológica* 1996, 58: 28-34. Disponible en internet en <<http://www.uv.es/~egracia/enriquegracia/docs/scanner/formalesinformales.pdf>>
3. Gracia Fuster E. El apoyo social en la intervención comunitaria. Barcelona: Ed. Paidós, 1997.
4. Chamberlin J. The ex-patients' movement: where we've been and where we're going. *Journal of Mind and Behavior* 1990; 11 (3): 323-336.
5. Felton CJ, Stastny P, Shern DL, Blanch A, Donahue SA, Knight E, Brown C. Consumers as peer specialists on intensive case management teams: impact on client outcomes. *Psychiatr Serv.* 1995; 46(10):1037-44.
6. White W. The history and future of peer-based addiction recovery support services. SAMHSA Summit, March 2004.
7. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Consumer-Operated Services: The Evidence. HHS Pub. No. SMA-11-4633, Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services, 2011.
8. Davidson L, Bellamy C, Guy K y Miller R. Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry* 2012; 11:123-128.
9. Carpintero E y Vainer A. Las huellas de la memoria. Tomo I. Buenos Aires, Ed. Topía, 2004.
10. Ceriani L, Obiols J, Stolkiner A. Potencialidades y obstáculos en la construcción de un nuevo actor social: Las organizaciones de usuarios. Memorias II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVII Jornadas de Investigación. VI Encuentro de Investigadores del Mercosur (Buenos Aires, nov. 2010). Tomo IV, pág. 71-73.
11. Agrest M y Lipovetzky G. La capacitación de pares para su inclusión en equipos terapéuticos: experiencia piloto en Proyecto Suma. Trabajo presentado en el Congreso Latinoamericano de Salud Pública, Córdoba, 2012.
12. Agrest M y Stastny P. Introducción al Dossier "Apoyo de pares: experiencias y perspectivas internacionales". *Vertex, Rev Arg de Psiquiat* 2013, 112(24): 410-416.

13. Ardila Gómez S y otros. El aporte de los pares al trabajo en Salud Mental: consideraciones acerca de las relaciones entre los sistemas formales e informales de ayuda. Relato de una experiencia. *Vertex, Rev Arg de Psiquiat* 2013, 112(24):465-471.
14. Restrepo Toro, ME. (2010) *Entrecruzando Caminos: Entrenamiento para compañeros-promotores de recuperación y rehabilitación*. Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.
15. *Diccionario de la Real Academia Española*. Edición XXI. 2001.
16. International Association of Peers Supporters.
<<http://inaops.org/definition-peer-specialist> >
17. Palomer E, Izquierdo R, Leahy E, Carme Masferrer C, Flores P. El usuario como experto: concepto, modalidades y experiencia desde el Proyecto Emilia. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2010; 30 (105): 109-123.
18. Borkman T. Experiential Knowledge: A New Concept for the Analysis of Self-Help Groups. *Social Service Review* 1976, 50(3):445-456.
19. Hönig A. Del trabajo al club: dos alternativas para promover la reinserción laboral y social de personas con padecimiento mental. Taller presentado en el Congreso de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA). Mar del Plata, 2010.
20. Chaura L y Monzón A. Demandas y Ofertas en Salud Mental: Implementación de Programa de Formación y Capacitación laboral para personas con sufrimiento psíquico. Presentado en el VII Congreso Argentino de Salud Mental ¿Diagnóstico o Estigma? Encrucijadas éticas. Buenos Aires, Mayo 2012.
21. Flores M, Garfunkel J, Geffner N. Trabajo conjunto de pacientes y profesionales sobre la nueva Ley de Salud Mental. Trabajo presentado en el Congreso de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), Mar del Plata, 2011.
22. Agrest M y Druetta I. El concepto de recuperación: la importancia de la perspectiva y la participación de los usuarios. *Vertex, Rev Arg de Psiquiat*. 2011, 95(22): 56-64.
23. Ulloa F. *Novela clínica psicoanalítica*. Buenos Aires, Ed. Paidós, 1995.
24. Bleichmar S. *Desmantelamiento de la subjetividad*. Buenos Aires, Ed. Topía, 2009.
25. Bandura A. *Social learning and personality development*. New York: Holt, Rinehart, and Winston, 1963.
26. Riessman F. The “helper” therapy principle. *Social Work* 1965, Vol 10(2): 27-32.
27. Mental Health Commission. *Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America*, 2003. Disponible en internet en <<http://www.mentalhealthcommission.gov/reports/FinalReport/downloads/downloads.html>>

-
28. Lacan J. (1964) El Seminario: Libro 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Buenos Aires, Ed. Paidós, 1987.
 29. Hönig A. H: “Yo solo quiero ser normal”. Ponencia en la Escuela de Orientación Lacaniana (EOL), 2012.
 30. ONU. Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2006. <<http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>>
 31. Congreso de la Nación Argentina. Ley Nacional de Salud Mental 26.657, 2010.
 32. Saraceno B. La ciudadanía como forma de tolerancia. Tres al Cuarto. Actualidad. Psicoanálisis y Cultura. Barcelona, 1999.
 33. Amendolaro R. “Paciente crónico”. Página/12, edición del 20 de diciembre de 2012. <<http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-210230-2012-12-20.html>>
 34. Capria L, Díaz Fornis MF y otros. Capacidad jurídica: el derecho a ejercer derechos. Salud Mental y Comunidad 2012, 2(2): 77-84.
 35. Basz E. Dignidad del riesgo, la autonomía del usuario. En Panorámicas de Salud Mental, a un año de la sanción de la Ley N°26.657. Buenos Aires, EUDEBA, 2011.
 36. Marx AJ, Test MA & Stein LI. Extrahospital management of severe mental illness. Feasibility and effects of social functioning. Archives of General Psychiatry 1973, 29, 505-511.
 37. Rosenheck R, Dennis D. Time-limited assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. Arch Gen Psychiatry 2001, 58(11):1073-80.
 38. Thornicroft G & Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. Br J Psychiatry 2004. 185: 83-90.
 39. Vigo DV. Esto no es un Hospital de Día. Vertex, Rev Arg de Psiquiat. 2012, 102(23):119-131.

Agradecimientos.

Los autores agradecen a todos los participantes del grupo de reflexión sobre la tarea de acompañamiento de pares de Proyecto Suma, a todos los integrantes de Proyecto Suma, y al equipo de investigación de RedeAmericas por su contribución a las ideas de este trabajo y, a su vez, destacan el apoyo recibido proveniente del National Institute of Mental Health de los Estados Unidos (NIMH) bajo el subsidio 1U19MH095718.

Pasos en la inclusión de pares en una institución dedicada a la asistencia y la rehabilitación en salud mental.

PROGRAMA AUSTRAL: COMPARTIENDO UNA EXPERIENCIA DE VIDA.

Autor:

José Lumerman.

Médico Psiquiatra, director del Instituto Austral de Salud Mental.

E-mail: joselumerman@gmail.com

iaustral@jetband.com.ar

Equipo de trabajo:

Dr. Angel Lombino.

Coordinador del área de medicina y del servicio de niños (Australito).

Guillermo Jannes.

Coordinador de los dispositivos intensivos para adultos y jóvenes.

Paulina Rodriguez.

Coordinadora del área de rehabilitación y reinserción socio productiva.

Contador Marcos Comar.

Administrador general.

Introducción a la experiencia.

El Programa Austral está conformado por una diversidad de dispositivos que se inicia en el año 1993, pero cuyo origen se remonta al período de la formación médica de quien suscribe, y que fue determinada por maestros y cátedras de fuerte exigencia científica. Si bien siempre se aclaró que la medicina era una “ciencia blanda”, la búsqueda del rigor científico era la clave para poder avanzar sobre el empirismo del arte de curar. En tal sentido haber cursado el ciclo clínico en el Instituto de Investigaciones Médicas, con el Dr. Lanari como catedrático, fue un aprendizaje acerca del esfuerzo que los médicos tenemos que realizar para ser rigurosos en la búsqueda y reconocimiento de la etiopatología y dinámica de las enfermedades y a partir de las mismas la elaboración de abordajes terapéuticos comprensibles, fundamentables, mensurables y replicables.

Un maestro decía que los médicos somos buscadores constantes de fórmulas para curar y así aplacar “el furor curandis” que refleja lo primario de la profesión.

En tal sentido mi ingreso en la formación psiquiátrica fue conflictiva por las pocas fórmulas existentes y la diversidad y fragmentación de teorías verosímiles que dieran cuenta de cuestiones básicas acerca de las etiologías, dinámicas psicopatológicas y fórmulas para el abordaje terapéutico de las enfermedades mentales. En tal sentido me sorprendía y confundía la descalificación y subestimación del uso de psicofármacos por parte de algunos como su espejo complementario negativo acerca de las teorías dinámicas.

El tiempo, la clínica y mis maestros me ayudaron a tomar conciencia plena de dos problemas fundamentales que limitaban nuestro accionar clínico: 1) La dicotomía mente-cuerpo y 2) la dispersión y fragmentación de los conocimientos adquiridos en el campo de la psiquiatría a partir de Pinel después de la revolución francesa y los múltiples desarrollos de la psicología, psicoanálisis y las neurociencias en general así como los aportes de la antropología, sociología y filosofía entre otras.

En 1987 migré con mi familia a Neuquén donde la salud mental en general y la psiquiatría en particular eran asignaturas pendientes del sistema de salud provincial tanto en políticas como en recursos humanos. Mi tarea en el sistema consistió en organizar un servicio de salud mental de máxima complejidad en el hospital Castro Rendón, institución de referencia de todo el sistema de salud, para que se pudiera desarrollar e integrar a la salud mental en las prácticas de atención primaria de la salud con base en la comunidad en el resto de los centros asistenciales de la provincia.

La misión me permitió conocer a los médicos generales o rurales así como al conjunto de efectores de los equipos, quienes me plantearon la posibilidad de desarrollar una síntesis comprensible de la clínica de los trastornos mentales y sus tratamientos como lo habían rea-

.....
lizado las demás especialidades médicas para poder asistir a las personas con padecimientos mentales, de la misma forma que se asistía a los pacientes con trastornos cardiovasculares, endocrinológicos o traumatológicos entre otros.

Para esta misión fui integrando los conocimientos que había adquirido a lo largo de los años, desde la fenomenología y nosografía, la farmacología y desarrollos dinámicos del psiquismo humano y sus alteraciones, hasta las teorías antropológicas y culturales que determinan el contexto donde se desarrollan las enfermedades mentales, haciendo un esfuerzo por desarrollar la transferencia de conocimientos en un lenguaje que tuviera en cuenta las exigencias que plantea el discurso médico en un equipo de salud, y la simpleza del idioma consensual para su aprendizaje e integración como práctica en la clínica.

Programa Austral.

En 1993 el Instituto de Seguridad Social del Neuquén me solicitó que desarrolle una institución para asistir a los afiliados que padecían trastornos mentales graves y debían ser derivados a Buenos Aires donde eran internados para su compensación y que con alta frecuencia volvían a descompensarse después de algunos meses por carecer de recursos de la especialidad para hacer el seguimiento del tratamiento. Dado mi aprendizaje en el sistema de salud provincial y por carencia de especialistas en la región, comencé a idear un programa asistencial para personas con trastornos mentales moderados y graves utilizando recursos locales con base en la comunidad y cuya misión consistió en la compensación, estabilización, rehabilitación socio productiva e integración comunitaria de los mismos. Pero, ¿cómo hacer para abordar y resolver un problema de alta complejidad clínica como las psicosis y la diversidad de trastornos mentales graves con los recursos humanos existentes en la región donde, en esos tiempos y aun hoy, los especialistas del campo de la salud mental, particularmente los médicos psiquiatras, eran escasos y poco interesados en tratar personas con enfermedades mentales graves?

Como mencioné anteriormente, mi experiencia trabajando en el sistema de salud de la provincia me aportó conocimientos sobre el paradigma de la Atención Primaria de la Salud, con base en la comunidad aprovechando los recursos locales y la posibilidad de realizar los primeros ensayos con médicos generales y rurales, enfermeros y agentes sanitarios, quienes demostraron interés y capacidad para integrar en sus prácticas la atención de personas con trastornos mentales en general y graves en particular. Esta experiencia le dio fundamento a la tesis que era válido y verosímil replicar el paradigma de APS en salud mental.

A partir de esa hipótesis convoqué a 3 médicos generales con amplia experiencia en el interior de la provincia, una asistente social y un docente que provenían de acción social con

.....
experiencia básica trabajando con menores en situación de riesgo psicosocial, una bailarina, una artesana, un actor y un cineasta, con los cuales conformamos el equipo multidisciplinario. Alquilamos una casa simple y amplia en el centro de la ciudad, con un patio con parral y un damasco, ampliamos la cocina y después de conversar con los vecinos de la manzana acerca del emprendimiento y diluir temores culturales acerca de la locura, el loco y su peligrosidad inauguramos la institución el 8 de febrero de 1994.

Marco conceptual donde se sostiene la experiencia.

Uno de los desafíos más importantes que se plantearon en la construcción del programa fue la elaboración de un marco teórico y de un encuadre técnico para realizar una práctica clínica que respetara las exigencias de la clínica y la deontología médica y así evitar los riesgos del voluntarismo o limitar la tarea a intervenciones psicosociales fragmentadas y aisladas. En tal sentido se definieron las siguientes bases que regirían el programa:

Principios éticos:

El desarrollo y carácter de toda misión esta regulado por los valores e ideales que la inspiraron. En tal sentido desde su génesis el programa sentó sus bases sobre dos conceptos éticos básicos:

1. Las personas más importantes de la institución son el paciente y su familia.
2. Nadie puede determinar a priori la potencialidad del “otro semejante”.

Concepto teórico básico.

El postulado fundamental consistió en utilizar el concepto de “alta simplicidad” para abordar problemas de alta complejidad, entendiendo lo anterior como la identificación y acción sobre los núcleos estratégicos de los problemas psicopatológicos complejos a resolver, con alto valor e impacto sistémicos, diferenciando dinámicamente lo principal de lo secundario a lo largo del proceso terapéutico y de acuerdo al estadio en el que se encuentre el paciente y su familia.

Por ejemplo, un de los concepto teórico que opera como referente de alta simplicidad para el desarrollo de los dispositivos implementados en el Programa Austral, surge del concepto antropológico aportado por Levy-Stauss donde se afirma que el tabú del incesto es universal y se constituye como piedra angular de la cultura, y determinante de la posibilidad de intercambio de bienes y desarrollo de civilización. En tal sentido, desde el campo médico clínico se definió por analogía que las acciones de pacientes y familias que tendieran a la endogamia tienen un carácter patológico y patogénico y las acciones que tendieran a la exoga-

.....
mia tienen un carácter saludable, sin dejar de tener en cuenta que estas dos tendencias tienen un carácter natural que preserva los vínculos, tradiciones e identidades familiares de origen complementariamente a la identidad singular de las personas que conforman nuevas familias desde la autonomía y auto sustentación material en comunidad. En tal sentido los integrantes del equipo tendrán siempre presente que todas las acciones terapéuticas que promuevan y fortalezcan posicionamientos y actitudes exogámicas tendrán un efecto saludable y aportará positivamente en la hoja de ruta hacia la recuperación integral al afianzar en pacientes y familiares el reconocimiento del sentido y conveniencia.

Por otra parte la importancia de esta consideración teórica adquiere relevancia si se tiene en cuenta que este posicionamiento y actitud de comprender, incorporar y afianzar las exigencias que impone la cultura de toda comunidad a sus integrantes en términos de reconocimiento y ejercicio de sus acciones y actitudes en relación a los ideales y valores básicos comunitarios que garanticen una integración socio productiva verosímil en las comunidades de pacientes y familias.

La utilización de este concepto teórico básico definió el desarrollo de un dispositivo de rehabilitación y reinserción socio-productiva para la última fase del programa siendo su función la de estimular para recuperar y desarrollar capacidades productivas y así lograr una reinserción e integración socio productiva en comunidad de carácter real.

Se trata de una instancia para la recuperación o inicio de la capacidad de producción y así tener oportunidades de acceso a actividades productivas reales en sociedad.

Este dispositivo le permite a los pacientes y familiares transitar un proceso de incorporación de herramientas, conductas, responsabilidades y disciplina básica que en el final de esta fase se sintetiza como la recuperación o adquisición de la cultura de trabajo que la enfermedad anuló o deterioró y así sentar las bases para que la auto sustentación productiva sea verosímil.

Objetivos.

Los objetivos del programa son los siguientes:

1. Compensar; estabilizar ; rehabilitar mental, familiar, productiva y socialmente a personas con trastornos mentales graves y sus familias para su reinserción comunitaria integral.
2. Capacitar recursos humanos de la región para que el programa pueda ser adaptado en comunidades que no cuenten con especialistas de la salud mental.

Diseño metodológico de la experiencia y ejecución.

- El médico de cabecera:

El médico general es el médico más habilitado para integrar la dicotomía mente cuerpo en el pensamiento y en las acciones asistenciales. En tal sentido el médico general es, en sí mismo, una fórmula de alta simplicidad porque puede asistir integralmente al paciente en su mente y en su cuerpo, y en su condición de médico reconocido culturalmente, genera confianza en los pacientes y sus familias respecto de sus conocimientos e indicaciones generando adherencia a los tratamientos como base necesaria para transitar el proceso terapéutico.

- El equipo:

Complementariamente al liderazgo del proyecto terapéutico de cada paciente por parte del médico general (médico de cabecera) se conforma el equipo multidisciplinario conformado por recursos existentes en la comunidad, definiendo la función de cada integrante a partir de los objetivos terapéuticos y misión institucional y así garantizar la integración del equipo como cuerpo asistencial. En tal sentido la reunión de equipo diario de 90 minutos centrándose en cada paciente de manera sistematizada, definiendo diagnósticos situacionales y acciones terapéuticas se torna garante de la integridad e integración como equipo asistencial. En tal sentido enfermeros, asistentes sociales y personal idóneo fueron capacitados para operar como yo auxiliares de los pacientes para ayudarlos a pensarse y poder concurrir al encuentro con su médico de cabecera y grupos terapéuticos con claridad respecto de sus síntomas y conflictos y definir nuevos objetivos del tratamiento. Artistas y artesanos fueron la fórmula para abordar el deterioro de la capacidad metafórica y de juego que quedan afectadas por los trastornos mentales graves y crónicos.

- La comunidad terapéutica:

La promoción de un contexto de comunidad terapéutica en un espacio agradable donde diariamente los pacientes comparten el tiempo genera un fenómeno de para-cotidianeidad donde pueden realizar experiencias emocionales y vinculares correctivas que con simpleza y naturalidad permiten corregir fenómenos caracteropáticos de sus enfermedades de base que limita y condiciona negativamente sus capacidades de socialización. Este dispositivo del programa les ofrece a pacientes y familiares un acceso a vivencias emocionales y afectivas de intimidad, confianza y alegría que paulatinamente replican en la cotidianeidad. En tal sentido y a modo de ejemplo, la identificación de la importancia que tiene la comida para el la criatura humana en su desarrollo psíquico, emocional y somático determinó hacer un aprovechamiento de esta pulsión y definir a la cocina como lugar y ámbito estratégico para el tratamiento, dirigida por una cocinera que cocine rico y le gusta que le coman la comida en el encuentro cotidiano en el comedor, donde equipo, personal y pacientes se reúnen para

colacionar , almorzar y hacer una sobremesa mientras algunas tejen al sol y otros juegan al ping pong. Y los viernes el asado como culminación placentera de una semana de trabajo arduo y productivo con juegos de mesa para la diversión.

- Espacios psicoterapéuticos:

El diseño de espacios terapéuticos destinados a abordar los diversos niveles donde se encuentran afectadas y alteradas las necesidades y funciones básicas se desarrollaron y delinearon a partir de los conocimientos acerca de la enfermedad como proceso que necesita desplegarse y así acceder al reconocimiento de sus núcleos psicopatológicos prevalentes así como sus incidencias ya sea en el campo biológico como el psicodinámico y afectivo. A la luz de estos conocimientos los integrantes del equipo pueden realizar operaciones e intervenciones específicas de acuerdo a la indicación o acción definida en equipo y desde el equipo aprovechando la sinergia que se genera a partir de la integración informativa y las acciones terapéuticas consensuadas. Como afirmó el Dr. Rafael Paz respecto del programa en sus etapas iniciales y la verosimilitud de su eficacia: “El misterio de la multidisciplina y su incidencia cualitativa en la tarea clínica”. En tal sentido los objetivos psico terapéuticos fundamentales a alcanzar y que regirán todo el proceso terapéutico consisten en la generación de: *conciencia de enfermedad, criterio de realidad y legitimación e ilegitimación afectiva.*

A continuación se enumerarán y describirán los diversos espacios individuales y grupales que conforman los dispositivos de la psicoterapéutica:

1. *Espacio con el médico de cabecera junto al paciente y su familia*, en el cual se definen los objetivos terapéuticos físicos y psico-afectivos-vinculares y productivos a partir de la elaboración del historial clínico y a lo largo del proceso terapéutico.

2. *Espacio con el acompañante terapéutico en calidad de yo auxiliar del paciente y su familia*, para fomentar y facilitar el desarrollo de un pensamiento operativo en el día a día de la para-cotidianeidad y así cumplir con la hoja de ruta diseñada por el equipo terapéutico a partir de los acuerdos a los que arribaron el médico de cabecera con el paciente y familia.

3. *Espacios grupales con funciones específicas de la clínica médica y psico afectivas:*
 - a. Grupos de necesidades básicas en el estadio de compensación del trastorno para garantizar la alimentación, sueño, higiene , medicación y generación de conciencia de enfermedad a través de la psico-educación.

- b. Grupos de funciones básicas a partir del la estabilización del paciente donde se abordan los aspectos y manifestaciones psicodinámicas fallidas de las funciones de los pacientes a través de la historización- elaboración de la enfermedad y sus repercusiones en el desarrollo de las funciones básicas: función materna, paterna, filial, fraterna, comunitaria y ciudadana.

.....
c. Grupos de fin de semana donde se planifican las actividades y se acuerdan los cuidados a tener presente durante el fin de semana.

d. Grupos de evaluación del fin de semana.

e. Grupo multifamiliar de evaluación de la semana bajo la consigna de avances, estancamiento o retrocesos en el proceso terapéutico según los objetivos acordados y de orientación y esclarecimiento de dudas a través de la información simple y comprensible psicoeducativa, actividad coordinada por el director y el coordinador del dispositivo intensivo del Programa Austral.

f. Grupo de evaluación de los pacientes que están en dispositivos intensivos bajo la consigna de definir avances, estancamientos o retrocesos en el proceso terapéutico coordinado por el director y coordinador de los dispositivos intensivos como espacio de control de calidad de servicio y de orientación por medio de intervenciones psicoeducativas.

4. *Espacios grupales artísticos semanales de carácter creativo- recreativos*, destinados a recuperar y/o rehabilitar la capacidad metafórica y de juego que funcionan por las tardes después del almuerzo.

a. Taller de plástica donde se estimulan los potenciales de transformación de la materia coordinado por artistas plásticos con capacitación en didáctica

b. Taller de teatro donde se estimulan los núcleos potenciales inhibidos que conforman la identidad y personalidad de cada paciente coordinado por actores con capacidad didáctica.

c. Taller de expresión corporal donde se estimulan los núcleos potenciales de integración del propio cuerpo con el ser y la relación con otros cuerpos, coordinado por bailarina/es con capacidad didáctica.

d. Taller literario, donde se estimulan los núcleos potenciales para el desarrollo de las dimensiones sintácticas, metafóricas y simbólicas que se sintetizan en las palabras, a cargo de profesora/o de literatura.

e. Talleres especiales con inicio y finalización determinada como coro, cine, fotografía, etc.

5. *Espacios de interconsultas*, encuentros entre los distintos integrantes del equipo con paciente y/o familiares cuya función es abordar y resolver situaciones de dificultades en el proceso terapéutico cuando se producen estancamientos o retrocesos en el proceso terapéutico debido a resistencias y/o ineficacia del tratamiento.

a. Interconsulta del médico de cabecera con el psiquiatra dinámico junto al paciente y/o familia para identificar y orientar acerca de aspectos de mayor nivel de complejidad del trastorno en el campo farmacológico y dinámicos que se ponen en juego en el despliegue de

la psicopatología durante el proceso terapéutico.

b. Interconsulta del acompañante terapéutico junto al paciente con el médico de cabecera para identificar y orientar desde el campo médico integral indicaciones y recomendaciones para desarticular factores psico-físicos que entorpecen el cumplimiento del proceso integral.

c. Interconsulta de los coordinadores grupales y los pacientes con el psiquiatra dinámico para identificar, desarticular y orientar acerca de fenómenos de interferencia en las dinámicas terapéuticas grupales debido a la manifestación de fenómenos de las diversas psicopatologías individuales y grupales.

Dentro de esta categoría se incluye la asamblea comunitaria de la cual participan los pacientes y equipos para abordar y resolver conflictos en la convivencia resultantes de las manifestaciones de fenómenos psicopatológicos y fallas en el desarrollo de la tarea asistencial.

Rehabilitación socio productiva y reinserción comunitaria básica integral.

Una vez finalizado el proceso de estabilización y consolidada una recuperación básica de las patologías de base, el paciente y su familia comienzan a transitar por el dispositivo de rehabilitación y reinserción social y productiva en la comunidad.

El área de rehabilitación y reinserción socio-productiva se realiza en espacios de la comunidad con recursos comunitarios para lograr una rehabilitación socio productiva en un contexto cuasi natural, es decir lo más aproximado a lo que va a ser la nueva realidad una vez finalizada la fase. En tal sentido los contextos comunitarios extrainstitucionales son los siguientes:

Taller de carpintería artesanal donde se elaboran productos para su venta a cargo de un maestro artesano que funciona en una institución de comunidad (Centro de Estudios Hebraicos Neuquino).

Colegio Agrario (ex EMETA) a 10 km de la ciudad donde la provincia desarrolla programas de capacitación en huerta y micro emprendimientos agrarios y de huertas familiares abierta a toda la comunidad a cargo de técnicos agrarios y otros integrantes del ministerio de educación provincial.

Feria de artesanos de la municipalidad de Neuquén donde los pacientes venden su producción junto a el conjunto de artesanos a quienes el municipio adjudica un espacio para armar su puestos y que funciona los fines de semana.

Como se comprenderá, durante esta fase del programa los pacientes y sus familias ingresan en un estadio más cercano a la cotidianeidad de la vida real y más alejada de la para-cotidianeidad de la fase anterior. En tal sentido más exogámico y por lo tanto más exigente en

.....
cuanto a tener en cuenta e integrar las expectativas básicas que la cultura comunitaria exige para acceder al intercambio social. Por lo tanto el encuadre que determina el equipo de esta fase es más estricto y exigente, desalentando regresiones y promoviendo la progresión y fortalecimiento psico del paciente a quién se acompaña facilitando y estimulando el desarrollo de sus potencialidades productivas en grupo y dando información al resto del equipo acerca su evolución y dificultades secundarias a su psicopatología.

Cumplida esta fase el paciente puede acceder a la definición de sus objetivos productivos personales en el campo laboral o del estudio con la colaboración de un acompañante terapéutico externo con objetivos específicos.

Resultados obtenidos.

- A lo largo de los 20 años de haber emprendido el Programa Austral se han asistido a más de 6000 personas y sus familias, y se presenta a continuación una breve síntesis de los resultados obtenidos:
- Las características y diseño intensivo del programa permitieron evitar internaciones institucionales de personas cuya gravedad clínica hubiera tenido como indicación la internación según los criterios clínicos habituales. Ejemplos: intentos de suicidio, crisis psicóticas, impulsividad, auto y hetero agresividad, etc.
- La población afectada de la región no necesitó ser derivada a Bs As y otras ciudades del país para ser asistidas.
- Las recaídas que requirieron internación institucional representan menos del 5% de los pacientes asistidos.
- A lo largo de los 20 años tuvimos que lamentar el suicidio de 3 pacientes en tratamiento.
- Los niveles de reinserción e integración socio productiva básicos es de aproximadamente un 90% de los pacientes y familias que concluyen el tratamiento integral.
- Más de 50 médicos generales y residentes de medicina general, enfermeros, asistentes sociales, residentes de psiquiatría, psicólogos y psicólogos sociales, argentinos (procedentes de Buenos Aires, Río Negro, Chubut) y extranjeros (procedente de EEUU y Reino Unido), han realizado rotaciones de capacitación en el programa de un mes a un año.
- En el año 2008 la OMS publicó un libro con participación del autor de este artículo donde el Programa Austral fue reconocido como uno de las 12 mejores prácticas en la integración de la salud mental en la atención primaria de la salud (Integrating mental health into primary care).
- En el año 2009 se elaboró un documental del Programa Austral destinado a la capaci-

tación de equipos de atención primaria de la salud, a partir de tres historiales clínicos de pacientes con trastornos mentales graves (un adolescente con esquizofrenia, una mujer con un trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos y un joven con un retraso mental y un trastorno psicopático de la personalidad) de reciente ingreso, durante el transcurso del proceso terapéutico en los distintos espacios y dispositivos del programa.

Nuestra evaluación acerca de éxitos y fracasos.

Logros:

- El logro mas importante del programa fue el de haber demostrado que es factible, eficaz y eficiente la asistencia de personas con trastornos mentales graves y sus familias aprovechando los recursos existentes en los primeros niveles de atención con una capacitación básica y una adecuada contrarreferencia de especialistas en salud mental y haberlo sostenido y desarrollado durante mas de 20 años sin solución de continuidad.
- Haber incidido en el reconocimiento acerca de la importancia, interés y desarrollo de políticas públicas en salud mental de la provincia de manera creciente por los distintos gobiernos provinciales, municipales, legisladores y poder judicial.
- Haber desarrollado alianzas y un interés permanente por parte de los medios masivos de comunicación por temáticas vinculadas a la salud mental de la población y fenómenos psicosociales implementando un discurso de carácter psicoeducativo y así fomentar la consulta precoz y luchar contra los prejuicios y mitos resultantes del desconocimiento acerca de la enfermedad mental, factores determinantes de la estigmatización de las personas afectadas y sus familias por la comunidad.

Problemas todavía no resueltos.

A pesar de los años transcurridos y los avances logros antes mencionados, la salud mental sigue ocupando un lugar secundario en la salud pública provincial, a pesar que desde todos los ámbitos académicos, científicos, tanto locales como nacionales e internacionales dan cuenta de la importancia que la misma ocupa epidemiológicamente. En tal sentido y por diversos motivos de composición, contexto y origen la población que conforma la provincia de Neuquén es particularmente vulnerable al desarrollo y padecimiento de trastornos mentales graves. Este hecho se refleja en las tasas de muertes por causas violentas (accidentes, suicidio y homicidio) donde el suicidio ocupa el segundo lugar en la población mas joven (entre 15 y 35 años).

Lo anterior se refleja en la falta de reconocimiento de honorarios adecuados que han pues-

.....
to en riesgo la continuidad del programa en varias ocasiones y que no nos ha permitido hacer las inversiones edilicias necesarias (seguimos alquilando) y desarrollado el área de docencia e investigación.

Comentario final.

Es necesario destacar dos resultados como enseñanzas extraídas que representan y demuestran la eficacia y eficiencia del programa así como su potencialidad para continuar el desarrollo de nuevos dispositivos terapéuticos.

Enseñanzas extraídas.

Duración del programa terapéutico integral.

Después de 20 años de innovaciones y desarrollo de diversos dispositivos y fórmulas de intervención en la clínica psicopatológica se han alcanzado resultados favorables en relación a la misión institucional. En tal sentido los tiempos de duración necesarias se han reducido de 2 años a 9 meses promedio con tendencia a la disminución, mas allá de la gravedad de las patologías de base.

Relación del recurso humano y población con trastornos mentales graves abordables:

El esquema lineal de la estructura del equipo clínico y la proporción entre recursos y pacientes en este momento del desarrollo y con la experiencia adquirida es:

- a. Un psiquiatra de tiempo completo puede proveer y administrar los requerimientos de 6 médicos de cabecera.
- b. Cada médico de cabecera de tiempo parcial puede proveer y administrar los requerimientos de 10 acompañantes terapéuticos.
- c. Cada acompañante terapéutico de tiempo total puede proveer y administrar los requerimientos de 10 pacientes.

Esto significa que con un recurso de la especialidad se puede garantizar el tratamiento psiquiátrico integral de 600 pacientes con trastornos mentales severos y discapacitantes.

Bibliografía:

Este artículo sintetiza 35 años de trabajo en donde integro como médico psiquiatra, un equipo interdisciplinario, que bajo una estrategia integral en el campo de la salud mental, asiste a personas con enfermedades mentales graves. En tal sentido este escrito resume lo estudiado en textos comenzando por Henry Ey, lo aprendido de mis maestros como la Dra. Lia Ricón y fundamentalmente lo conversado con pacientes y sus familiares.

1. Anzieu Didier. La Dinámica de los Grupos Pequeños. Argentina-1971.
2. Aulagnier Piera. El Aprendiz de Historiador y el Maestro Brujo. Argentina-1986.
3. Bettelheim Bruno. El Corazón Bien Informado. México-1973.
4. Bleger José. Psicología de la Conducta. Argentina-1973.
5. Collins Pamela, Conover Sarah, Susser Ezra. USING LOCAL RESOURCES IN PATAGONIA; Primary care and mental health in neuquén Patagonia (International Journal of Mental Health. EEUU-1999).
6. Ey Henry. Tratado de Psiquiatría. España-1978.
7. Freud Sigmund. Obras Completas. España-1973.
8. Halevi Judah. The Kuzari. EEUU-1964.
9. Horstein Luis. Narcisismo. Argentina-2000.
10. Le Guern Michel. La Metáfora y la Metonimia. España-1980.
11. Moiseszowics Julio. Psicofarmacología Psicodinámica. Argentina-1982.
12. Paz Rafael. Psicopatología, sus fundamentos dinámicos. España-1976.
13. Reichmann Frieda Fromm. Psicoterapia Intensiva en la Esquizofrenia y en los ManíacoDepresivos. Argentina-1978.
14. Ricón Lía. La Psicoterapia Pensada a Partir de lo Posible. Argentina-2005.
15. Sagradas Escrituras: Pentateuco, Eclesiastes, Proverbios-EEUU-1985.
16. Saks Elyn. The Center Can Not Hold. EEUU-2007.
17. Thornicrof Graham. Shunned. Reino Unido-2006.
18. Thornicrof Graham. The Mental Health Matrix. Reino Unido-1999.
19. Tom Rene. Parábolas y Catástrofes. España-1985.
20. Vázquez Barquero José Luis. Psiquiatría en Atención Primaria-Editor. España-1998.

PROGRAMAS PARA REDUCIR ESTIGMA HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL: LECCIONES PARA LATINOAMÉRICA.

Autores:

Franco Mascayano Tapia.

Afiliación: Investigador Asistente.

Escuela de Salud Pública, “Dr. Salvador Allende G.”.

Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Independencia 939, Santiago de Chile.

Teléfono: (+56)(32)(2823185).

E-mail: franco.mascayano@gmail.com

Sara Schilling.

Afiliación: Investigador Asistente.

Escuela de Salud Pública, “Dr. Salvador Allende G.”.

Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Eric Tapia Escobar.

Afiliación: Investigador Asistente.

Escuela de Salud Pública, “Dr. Salvador Allende G.”.

Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Roberto Ariel Abeldaño.

Afiliación: Doctorando en Demografía. Becario doctoral de CONICET.

Escuela de Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas.

Universidad Nacional de Córdoba.

Verónica del Valle Gallo.

Afiliación: Profesor Asistente Simple.

Escuela de Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas.

Universidad Nacional de Córdoba.

Introducción.

Posterior a la Declaración de Caracas en 1990,¹ una serie de reformas en salud mental comunitaria se efectuaron en diferentes países de América Latina y el Caribe. En la actualidad, más del 80% de los países latinoamericanos cuentan con políticas, programas y/o planes nacionales para el desarrollo de los servicios comunitarios de salud mental.² Ejemplos de modelos exitosos provienen de Brasil, Panamá y Chile, quienes han demostrado excelente planificación y organización en sus servicios de salud, además de contar con rigurosas metodologías de evaluación.³⁻⁵ Sin embargo, la implementación de estos programas ha sido generalmente escasa en la mayoría de las naciones de la región, estando sujeta a diversos factores socio-políticos y técnicos desfavorables.⁶ Esto ha quedado de manifiesto en la evaluación efectuada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) respecto al desarrollo a los servicios de salud en las Américas. La evaluación realizada en países como Argentina, México, Ecuador, Paraguay y Perú, entre otros, señaló que la traducción de las políticas en salud mental a programas específicos de intervención ha sido lenta y, en algunos casos, inexistente.⁷⁻¹¹ Por lo tanto, a pesar de los buenos ejemplos indicados anteriormente, la ejecución de los programas es un desafío pendiente.

Cada una de estas reformas de salud mental incluye tres objetivos fundamentales: 1) anclar la salud mental en la atención primaria, 2) desarrollar servicios comunitarios de salud, y 3) reducir el estigma asociado a la enfermedad mental.¹² Este último objetivo cobra particular importancia luego de que la OMS declarara lo siguiente: *“la principal barrera para el desarrollo de la salud mental comunitaria es el estigma y la discriminación asociada a las personas que sufren trastornos mentales y del comportamiento”*.¹³ Al respecto, la evaluación antes mencionada de la OMS⁶ dio cuenta que el estigma es un fenómeno presente y perjudicial para los usuarios de los servicios de salud mental y sus familiares en América Latina, afectando negativamente su autoestima, adherencia al tratamiento y calidad de vida. Esto cobra mayor relevancia si se considera que el estigma identificado proviene desde los propios profesionales y autoridades de los servicios de salud.

El estudio del estigma en América Latina en décadas pasadas fue escaso.¹⁴ Sin embargo, desde el 2000 en adelante algunas investigaciones han reportado su prevalencia en la región y analizado los factores socioeconómicos a los que se asocia. Por ejemplo, la investigación realizada en Argentina por Leiderman y cols., en una muestra de 1454 habitantes, mostró que alrededor del 50% de la población afirma que las personas con esquizofrenia son “violentos y peligrosos”.¹⁵ En la misma sintonía, el estudio de Peluso y cols., en donde se evaluó a 500 individuos sin diagnóstico psiquiátrico, reportó que el 74% de los entrevistados percibió a los usuarios de servicios de salud mental como potencialmente peligrosos.¹⁶ Estudios en Co-

.....
lombia, Chile, Brasil y México complementan esta tendencia, tal como lo señala una reciente revisión sistemática.¹⁷ Asimismo, esta revisión sistemática, que consideró todo los estudios publicados entre el 2002-2013, mostró que ninguno de los artículos evaluados abordó el tema de las intervenciones o iniciativas para reducir el estigma en la región.

En síntesis, es posible concluir que el abordaje del fenómeno del estigma se ha establecido como una prioridad para las políticas de salud mental de las Américas. Asimismo, la evidencia demuestra que en países latinoamericanos, -al igual que en otros lugares del mundo- el desconocimiento y los estereotipos de la población hacia las enfermedades mentales redundan en actos discriminatorios y de exclusión social hacia usuarios y familiares.¹⁷ A pesar de lo anterior, el desarrollo de proyectos anti-estigma que disminuyan las manifestaciones y consecuencias del estigma es exiguo.

Esta necesidad motivó al presente grupo de autores a desarrollar una revisión de programas para modificar el estigma desarrollados principalmente en Europa, América del Norte y Australia/Nueva Zelanda. Programas que, gracias a diversos esfuerzos colaborativos entre organizaciones estatales y privadas, han crecido desde la década de los 90' y hoy ostentan una gran trayectoria en campañas en medios de comunicación, empoderamiento de usuarios e intervenciones educativas para grupos específicos de la sociedad, como adolescentes, empleadores, políticos y “tomadores de decisiones” en general. Cada iniciativa ha generado valiosos resultados, especialmente en articulación de redes, inclusión de usuarios y familiares como gestores directos de los programas, en la masificación de un discurso positivo acerca de la enfermedad mental y en, algunos casos, en la reducción de actitudes negativas y actos discriminatorios hacia individuos con discapacidad psíquica. Por consiguiente, consideramos que extraer enseñanzas respecto a estas experiencias puede contribuir significativamente a futuros proyectos de ésta índole en nuestra la región.

En síntesis, el objetivo de este documento es revisar los principales programas anti-estigma reportados a la fecha a través del mundo. Iniciamos con una revisión conceptual acerca del estigma y de sus diferentes manifestaciones. Posteriormente, se hace una introducción histórica hacia las estrategias anti-estigma. Finalmente, describimos los programas seleccionados y discutimos las implicancias de sus resultados para América Latina y el Caribe.

Conceptualización del estigma.

Las teorías sobre el estigma han transitado desde el estudio de los aspectos individuales, como rasgos y atributos que producen devaluación social (Erving Goffman¹⁸ y Jones y cols.¹⁹), hasta paradigmas que resaltan la naturaleza dinámica y sistémica del proceso de estigmatización.²⁰ Al respecto, la “teoría del etiquetamiento” de Link y cols.²¹ es un importante

.....
aporte para entender el origen y la perpetuación del fenómeno. Según dicha teoría, por medio del lenguaje y el proceso de “socialización,” las personas aprenden e internalizan conceptos respecto a los individuos con una enfermedad mental, que luego se transforman en “rótulos” con los cuales se les etiqueta, clasifica y discrimina.²¹ Todo este proceso es cruzado por elementos estructurales, como es el *poder* social y económico que ostentan algunas personas y grupos. A su vez, esta mirada entiende al estigma como un fenómeno dialéctico en el que se incluyen aspectos históricos y culturales de cada comunidad en donde se expresa. Por ende, el estigma sólo podrá comprenderse en su totalidad, en la medida en que se incluyan todos los actores involucrados de una comunidad dada; es decir, tanto los que sufren discriminación como los individuos que la ejercen.

Otros planteamientos sobre el estigma han adoptado una postura más pragmática, dividiéndolo en tres elementos fundamentales: desconocimiento (estereotipos), actitudes (prejuicios) y actos discriminatorios.^{22,23} En el caso del primer componente, es usual que las personas tengan un conocimiento errado respecto a la enfermedad mental, su prognosis y tratamientos, asociados a los estereotipos en la sociedad. Por ejemplo, es frecuente que la comunidad considere a las personas con diagnóstico psiquiátrico como violentas, impredecibles, inútiles y una carga para la sociedad.²⁴ En lo que respecta a las actitudes, las reacciones de miedo, temor, vergüenza o ira han sido reportadas habitualmente en la literatura.²⁵ Esto se traduce en una diversidad de discriminaciones implícitas (evitar establecer relaciones cercanas o íntimas con usuarios) y explícitas (negación de derechos, abusos y maltratos).²⁶

A su vez, este enfoque ha permitido operacionalizar las características del estigma, según la población en la que se expresa. Esto ha generado una clasificación que incluye cuatro tipos de estigma: público, institucional, familiar y auto-estigma. El estigma público se refiere a las creencias y actitudes negativas que provienen desde personas de la comunidad (usualmente sin diagnóstico) y que se dirigen hacia los sujetos con una enfermedad mental.²⁷ Por su parte, el estigma institucional considera a las políticas tanto de organizaciones públicas como privadas, que impiden el correcto ejercicio de derecho de los usuarios (en salud, vivienda y trabajo).²⁸ Asimismo, el estigma familiar se manifiesta cuando hay una devaluación social por asociación a uno o más usuarios, o bien, cuando es la propia familia la que estigmatiza.²⁹ Por último, el auto-estigma se produce cuando los usuarios son conscientes y están de acuerdo con los estereotipos y prejuicios que se dirigen hacia las personas con diagnósticos psiquiátricos, aplicando dichas creencias negativas hacia ellos mismos.³⁰

Finalmente, cabe indicar que dentro de las diversas condiciones de salud, los trastornos mentales severos y el abuso y dependencia de sustancias psicoactivas son las más estigmatizadas por la población.³¹ Es frecuente que en estos casos se represente a las personas como

.....
responsables de sus propias condiciones, considerando sus problemáticas desde una perspectiva estrictamente individual y moral.³² A pesar que en la literatura se aprecia un creciente desarrollo de estudios acerca del estigma asociado a trastornos psicóticos y afectivos,³³ aún resta por explorar con mayor profundidad la caracterización y abordaje del estigma hacia personas consumidoras, particularmente si se considera que estos individuos cuentan generalmente con una historia de estigmatización debido a la marginación social y actos delictuales.³⁴

Intervención del estigma.

Los programas para reducir el estigma se originan desde las primeras reformas en Europa, Australia, Nueva Zelanda y América del Norte en la década de los 70'. Sin embargo, es 20 años después cuando adoptan un carácter específico y de cobertura nacional. Inspirados en la perspectiva del “*Recovery*” y en las experiencias de discriminaciones vividas por los usuarios,³⁵ organizaciones de diferentes lugares del mundo han presentado proyectos para reducir el estigma en todo nivel de la sociedad. Las primeras referencias se pueden encontrar en campañas inglesas, como “*Respect*” o “*Mind*”, que fueron organizadas y ejecutadas principalmente por usuarios y familiares.³⁶ Estas primeras iniciativas dieron el paso a programas de mayor escala y con metodologías de evaluación más sistemáticas. En el Reino Unido se inició el programa “*Changing Minds*”³⁷ conducido por el Colegio de Psiquiatras de Londres, y, en paralelo, la Organización Mundial de Psiquiatría (OMP) proclamó su campaña “*Openings the Doors*”³⁸ que fue la primera alianza internacional para acabar con el estigma. Por esa época, también comenzaron programas anti-estigma en Australia y Nueva Zelanda, sumando esfuerzos posteriormente desde Escocia, Estados Unidos, Canadá y otros países. El denominador común de estas iniciativas ha sido, esencialmente, combatir el “estigma público,” el “estigma institucional” y, en menor grado, el “auto-estigma”.

La mayoría de estas iniciativas encuentran asidero en la operacionalización y clasificación del estigma que señalamos en la sección anterior. Esto es relevante de destacar, dado que define 1) cómo los ejecutores de las campañas comprenden el estigma; 2) cómo intervienen para modificar el estigma; y, finalmente, 3) qué indicadores son medidos y con qué metodologías. Bajo esta lógica, las campañas han buscado modificar los tres aspectos clave del estigma: desconocimiento, actitudes y discriminación. Sus evaluaciones han sido principalmente por medio de encuestas o cuestionarios, reportando algunos resultados favorables,³⁹ y otros en que no hubo modificaciones significativas.⁴⁰

Revisión de programas.

Se hizo un análisis de artículos científicos, reportes de campañas y capítulos de libros.

.....

Según la información extraída de esas fuentes, seleccionamos 8 programas anti-estigma para la presente revisión. Del total, 7 fueron desarrollados en un solo país. El programa restante, “Open the Doors”, comprometió actividades de colaboración entre diferentes naciones. La descripción y análisis de cada programa se presenta a continuación.

“Open the Doors”.

En el año 1996 la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA, en su sigla en inglés) inició un programa internacional para combatir el estigma y la discriminación hacia la esquizofrenia. Nace en primer lugar como una política internacional de salud mental, que luego se transforma en un proyecto en específico que toma lugar en diversos países. La esquizofrenia fue seleccionada como el principal foco del programa, considerando su condición de “prototipo” de la enfermedad mental y el gran estigma que a ésta se dirige.⁴¹ Inicialmente fue financiado por los laboratorios Eli Lilly y cía., traspasando posteriormente la responsabilidad de su financiamiento a cada país involucrado (Canadá, Alemania, Reino Unido, España, Italia, Brasil, Estados Unidos, Japón, Egipto, entre otros).³⁸

Uno de sus gestores, Norman Sartorius, señala que en todos los países participantes de “Open the Doors” se establece un grupo de “acción local”, conformado por representantes de organizaciones gubernamentales y privadas, profesores, periodistas, profesionales de salud, usuarios, familiares y otros miembros de la comunidad interesados en el estigma.⁴² Actualmente, el programa se ha difundido en más de 20 países e implementado alrededor de 200 intervenciones. Estas consideran programas educativos liderados por usuarios, campañas en televisión y radio, recursos para la denuncia de abusos y violaciones a los derechos humanos, y obras de teatro gestionadas por los propios usuarios y dirigidas al público en general.⁴³

En Calgary, Canadá, se hizo el primer programa piloto del programa, estableciéndose 4 grupos objetivo: profesionales de salud, adolescentes, grupos de influencia en la comunidad (miembros de la iglesia, empresarios y periodistas), y público en general (campañas mediáticas). Hubo un financiamiento compartido entre el Consejo Asesor Provincial de Salud Mental Canadiense (68.000 USD) y los Laboratorios Eli Lilly. En lo que respecta a evidencia, el programa evaluó una de las intervenciones educativas por medio de un video anti-estigma dirigido a estudiantes de secundaria. Posterior a su aplicación, los estudiantes expresaron una disminución de la distancia social de 13% a 8%. Del mismo modo, el conocimiento respecto a la enfermedad mental aumentó significativamente.⁴⁴

La implementación del programa en Alemania también es digna de mencionar. En el 2000 se fundó la sociedad “Open the Doors”, incluyendo a 6 ciudades del país. El grupo de acción local identificó al público general, adolescentes y niños, y periodistas como sus “target.” Fue-

ron desarrolladas diferentes exhibiciones artísticas y teatrales, como “Psyche and Art” y “Ex Neuron”, con el fin de aumentar el conocimiento y sensibilizar al público respecto a la salud mental.⁴³ Sin embargo, la evaluación del impacto de estas iniciativas fue escasa, salvo el estudio de Gaebel y cols., quienes evaluaron el cambio en creencias, actitudes y distancia social hacia la esquizofrenia en 6 ciudades alemanas y en dos períodos de tiempo (2001 y 2004). Los resultados indicaron que la distancia social disminuyó significativamente ($p=0,001$) en las ciudades expuestas a la campaña (Múnich y Düsseldorf) en comparación a los lugares en donde no hubo intervención (Berlín y Essen). No obstante, en dicho estudio los cambios en actitud no fueron significativos.⁴⁵

A modo de conclusión, “Open the Doors” ha permitido establecer una red de apoyo y colaboración internacional sobre el estigma sin precedentes. Su contribución ha sido esencial para que muchos países concretaran sus proyectos locales, alentando la organización comunitaria en cada región participante (las Américas, Europa, Asia y África). Sin embargo, la evaluación con métodos rigurosos y válidos es aún una tarea pendiente. Del mismo modo, la inclusión de evaluaciones para los que son directamente afectados por el estigma se ha omitido, impidiendo una comprensión global del impacto del programa. Los mismos directores de la campaña han reflexionado que la evaluación en cambios en actitudes y en la cantidad de información retenida, podrían ser indicadores inadecuados para mensurar el estigma.³⁸

“Like Minds Like Mine”.

Este aclamado programa Neozelandés comienza el 1997, financiando por el Ministerio de Salud y alojado en un plan nacional de salud mental. A la fecha continúa activo, con un sólido enfoque desde la salud pública y proponiendo actividades nacionales y a nivel local-comunitario. Su sello más reconocido es la inclusión de personas que hayan experimentado una enfermedad mental, especialmente en las actividades comunitarias.⁴⁶ “Like Minds Like Mine (LMLM)” surge posteriormente a la publicación del “Mason Report”, un estudio de servicios de salud mental de Nueva Zelanda que identificó la necesidad de una campaña para reducir el estigma. Además, dicha publicación recomendó que los usuarios deben participar activamente en la planificación, desarrollo y ejecución del programa, dado su condición de expertos de “primera fuente” respecto a la discriminación.⁴⁷ El programa se implementó a través de 26 proveedores de servicios regionales, en los que se incluyen organizaciones de usuarios y familiares, organizaciones de minorías étnicas (Maorí y Polinésicas), agencias de salud pública y organizaciones de salud mental, y una serie de otras organizaciones no-gubernamentales.

El enfoque de LMLM se sostiene en el modelo social de la discapacidad y en una perspectiva de defensa de los derechos humanos. Cuenta con seis ejes de trabajo: 1) el contacto

.....
directo entre los usuarios y su comunidad, a través de actividades en sus oficinas regionales; 2) la asistencia a diversas organizaciones para que adopten políticas y prácticas que disminuyan la discriminación hacia las personas con enfermedad mental; 3) el uso de recursos mediáticos como periódicos electrónicos (newsletter), páginas web, campañas publicitarias, conferencias nacionales y encuentros con diferentes poblaciones; 4) abordajes específicos y culturalmente adaptados para población Maorí y Polinésica; 5) abordajes para reducir el auto-estigma; y 6) una constante búsqueda de alianzas entre empresas e instituciones académicas para incluir intervenciones en esos contextos.⁴⁸

El programa ha sido evaluado desde sus inicios, contando a la fecha con diversos reportes. Una de las metodologías utilizadas han sido encuestas con muestras representativas de la población y dirigidas por un agente externo a la campaña. Se han realizado 12 encuestas para evaluar los cambios en actitudes hacia la enfermedad mental. En el último documento publicado por la agencia Phoenix Research en el 2012, se identificaron cambios significativos en aceptación social (“hoy la comunidad acepta más a las personas con una enfermedad mental que ayer”) y de apoyo hacia los usuarios. Cabe señalar que dichos cambios se han modificado sostenidamente desde que comenzó LMLM.⁴⁹ Por otra parte, en un estudio publicado recientemente por Thornicroft y cols.,³⁹ en donde se entrevistaron a 1135 usuarios por medio del cuestionario “Discrimination and Stigma Scale (DISC-12)”, se identificó que un 54% de los participantes reportó una disminución del estigma y la discriminación en Nueva Zelanda en los últimos 5 años. Asimismo, de los 531 participantes que utilizaron los servicios de salud mental en ese período de tiempo, un 48% consideró que LMLM ha contribuido en cambiar la percepción hacia la enfermedad mental.

Sin embargo, estos alentadores resultados contrastan con la prevalencia en discriminación que algunos estudios han señalado. En la misma investigación de Thornicroft y cols., la mayoría de los usuarios (89%) reportó haber vivido al menos un trato injusto por parte de otros en los últimos doce meses.³⁹ Las fuentes de estigma se identifica principalmente en familiares y amigos, lo que puede dar cuenta de la “sobrecarga” que viven la gente más cercana a los usuarios.⁵⁰

Adicionalmente a la evaluación de actitudes y comportamiento, el programa ha incluido un análisis de costo-beneficio. A la fecha, en LMLM se han invertido más de 52 millones de dólares. En el análisis publicado en su último reporte anual se indicó un radio de costo-beneficio de 13,8:1 en el período 2005-2007. Esto implica que de los 52 millones de financiamiento, se han generado beneficios económicos aproximadamente de 720 millones, principalmente en gastos de servicios de salud, protección social y empleabilidad.⁵¹

Las principales fortalezas de este programa han sido 1) su capacidad de articular organi-

zaciones comunitarias, 2) de incluir en un rol protagónico y resolutivo a los afectados por el estigma, y 3) de una inclinación clara por evaluar la calidad de sus prestaciones. Es aún un desafío implementar metodologías que permitan evaluar todos los aspectos del problema con mayor precisión. La triangulación de resultados entre diferentes métodos (cualitativos-cuantitativos) podría dar luces respecto al impacto del programa y el por qué algunos usuarios todavía viven la discriminación.

“Changing Minds”.

Posterior a la publicación de encuestas nacionales respecto a lo vivido por los usuarios, el Colegio de Psiquiatras Inglés presentó en 1998 el programa “Changing Minds: Every Family in the Land”. Esta iniciativa contó con un financiamiento de 1 millón de libras esterlinas (1.642.390 USD) por 5 años.⁵² El dinero se recaudó principalmente por donaciones, beneficencia o directamente desde el presupuesto del Colegio de Psiquiatras. La evaluación por medio de una encuesta antes y después de finalizada la campaña fue financiada por la Oficina Nacional de Estadísticas de Reino Unido.

Sus objetivos prioritarios fueron: a) aumentar el conocimiento público y profesional acerca de seis trastornos mentales (ansiedad, depresión, esquizofrenia, abuso de sustancias, trastornos alimentarios y demencia); b) disminuir el estigma y la discriminación hacia personas con trastorno mental; y c) disminuir la brecha de conocimiento entre los profesionales de salud y las creencias sobre tratamientos e intervenciones que tienen los ciudadanos en general. Su público objetivo fueron profesionales de salud, adolescentes y niños, empleadores y medios de comunicación.³⁷

Concretamente, “Changing Minds” estableció seis diferentes grupos de trabajo y programas: 1) grupo de intervenciones con profesionales de salud; 2) grupo de análisis de la estigmatización y discriminación en el contexto laboral; 3) grupo de desarrollo de planes educativos; 4) grupo para cambiar las actitudes de los psiquiatras hacia la esquizofrenia (EQZ); 5) grupo que organizó conferencias con empleadores y médicos practicantes (“roadshow”); y 6) un grupo que generó un “trailer” de dos minutos, dos libros y una serie de anuncios publicitarios en TV, Radio y en el transporte público (mass media).⁵³

El programa contó con algunos logros importantes, especialmente en su difusión. Por ejemplo, el trailer “1 de cada 4” fue adoptado por la OMS y difundido en diferentes contextos. A su vez, el grupo que elaboró planes educativos para sensibilizar a estudiantes con la enfermedad mental, evaluó el aporte del material generado en adolescentes de secundaria. En un ensayo aleatorio, Naylor y cols. hallaron que el grupo intervenido mejoró significativamente respecto a conocimiento sobre la enfermedad mental y la empatía hacia los usuarios.⁵⁴

.....
Por último, el grupo que trabajó con psiquiatras y su actitud hacia la EQZ, generó un documento de “buenas prácticas,” que luego el Ministerio de Salud difundió entre sus asociados.

La evaluación realizada por la Oficina Nacional de Estadística inglesa, en donde se compararon los resultados de la encuesta antes (1998) y después (2003), indicó un aumento en el reconocimiento de las personas con enfermedad mental. Del total de 3000 encuestados, 52% respondió afirmativamente cuando se le consultó si conocía a alguien con una enfermedad mental. Este porcentaje aumentó a 77% en el 2003. Por otra parte, las opiniones negativas hacia los trastornos mentales disminuyeron en el caso de la depresión (de 20% a 16%) y el alcoholismo (de 69% a 66%).⁵⁵

Estos resultados se contraponen a lo reportado por Mehta y cols.,⁵⁶ quienes analizaron los resultados de encuestas sobre actitudes hacia la enfermedad mental entre el período de 1996 a 2003 en Inglaterra y Escocia. La principal conclusión fue que entre los años 2000 y 2003, hubo un deterioro significativo en 17 de los 25 ítems de la encuesta. Los autores concluyeron que este cambio negativo en las actitudes probablemente fue influido por la cobertura mediática respecto a enfermedad mental y violencia que hubo en esos años, eclipsando los efectos de la campaña.

En síntesis, “Changing Minds” fue un interesante programa que exploró un abordaje del estigma con diferentes estrategias y dirigido a población considerada “clave.” La evaluaciones pre y post campaña también fueron elementos pioneros en su área, que inspiraron posteriormente a otros programas ingleses. En lo que respecta a críticas, sus resultados fueron modestos y contradictorios. No hubo evaluaciones específicas con instrumentos de estigma, ni tampoco de todas las actividades que se generaron. Su fuerte énfasis en los aspectos clínicos de la enfermedad y en el rol de los psiquiatras dentro de los servicios de salud, le ha valido ciertos cuestionamientos, al restarle importancia al estigma propiamente tal y a sus consecuencias en la inclusión social de los usuarios.⁵⁷

“Beyondblue”.

Se establece en el año 2000 en Australia como una iniciativa nacional para aumentar el conocimiento y disminuir la discriminación asociada a la depresión y los trastornos de ansiedad. El primer período de la campaña fue desde Julio del 2000 a Junio del 2005, con un financiamiento inicial de aproximadamente \$38 millones, invertidos principalmente por la Mancomunidad del Gobierno Australiano y los Gobiernos Territoriales Locales. Para el período 2005-2010 este presupuesto se aumentó a cerca de \$80,2 millones.⁵⁸ Además, la organización se nutre de donaciones y aportes de algunos entres privados y otras organizaciones.

Sus objetivos generales son: i) reducir las actitudes estigmatizadoras hacia la depresión y

la ansiedad, promoviendo las experiencias personales y la educación; ii) reducir los niveles de auto-estigma; iii) reducir la discriminación. El mensaje principal de su campaña es que los problemas de salud mental deben ser entendidos como una respuesta única a una serie de circunstancias desfavorables, y no sólo como una enfermedad biomédica o cerebral.⁵⁸

Entre sus prioridades de intervención, se encuentran 1) desestigmatizar la depresión por medio de campañas mediáticas para aumentar el conocimiento de la población; 2) apoyar la defensa y protección de derechos de usuarios y familiares (“Bluevoices”); 3) promover la prevención y el tratamiento precoz de la depresión; 4) promover el entrenamiento de la salud primaria y de otros niveles de salud; y 5) realizar investigación para generar evidencia científica.⁵⁹

En el estudio de Jorm y cols., se concluyó que el 22% de los australianos reconocen el nombre de la campaña en el 2001. Esta cifra aumentó a un 27% luego de la medición realizada el 2004.⁶⁰ Del mismo modo, en la evaluación del 2004 hubo un cambio positivo en las creencias hacia los tratamientos para la depresión, especialmente en regiones como Victoria que tuvieron una gran exposición a las campañas. Por su parte, en la Encuesta Nacional sobre Salud Mental Australiana, 54% de los participantes afirmaron que las personas con depresión podían ser discriminadas por otros, en comparación al 48% hallado en 1995.⁶¹ Por último, en una revisión publicada el 2013, Reavley y Jorm indicaron que el número de personas que develó sus problemas asociados a la depresión y que solicitó ayuda profesional ha aumentado paulatinamente desde 1995.⁶²

En lo que respecta específicamente a estigma, las encuestas de monitoreo de “Beyondblue” han señalado una reducción importante en distancia social y estigma a través del tiempo. Sin embargo, en una de las encuestas más reciente se indicó que el 32% de las personas aún cree que las personas con depresión son peligrosas, un 68% reportó que eran impredecibles y un 52% poco confiables.⁶³ Del mismo modo, el estudio de Reavley y Jorm⁶⁴ en el 2012, en donde se compararon los resultados de encuestas aplicadas el 2003/2004 y el 2011, determinó que no hubo modificaciones significativas en las actitudes de los participantes hacia las personas con depresión o depresión con ideación suicida. En el caso de la esquizofrenia, las creencias sobre peligrosidad e impredecibilidad mostraron incluso una tendencia al aumento.

“Beyondblue” obtuvo un gran apoyo estatal, lo cual ha permitido que se establezca como una institución con fondos permanentes y prestaciones que se ofrecen habitualmente a los usuarios y sus familiares. Es el primer programa en focalizar sus esfuerzos en las dos condiciones de salud mental con mayor prevalencia en la población. Además, su colaboración directa con instituciones universitarias le ha permitido sistematizar sus experiencias y difundirlas en el ámbito académico. De todos modos, el desafío está en lograr una evaluación de

.....
mayor especificidad para el estigma, con métodos mixtos que consideren aspectos poblacionales, pero también su impacto directamente en los individuos. A su vez, es menester que la ansiedad se incluya con mayor protagonismo en el contenido de la campaña y en su evaluación.

“See Me”.

Programa financiado totalmente por el Gobierno Escocés. Nace debido a una serie de preocupaciones respecto a la salud mental comunitaria y a la necesidad de tomar acciones dirigidas a disminuir el prejuicio y la discriminación. Su énfasis estuvo en el desarrollo de una campaña de sensibilización pública acerca del impacto del estigma en las personas con enfermedad mental. Uno de sus principales objetivos fue trabajar cercanamente con los medios de comunicación para modificar los retratos negativos acerca de los usuarios que generalmente aparecen en TV, periódicos o radio. Su financiamiento fue, inicialmente, de 500.000 libras esterlinas (823.000 USD), por un período de 4 años.⁶⁵

En cada año, la campaña esgrimió distintos mensajes (“1 de 4 personas tiene una enfermedad mental,” “las personas con enfermedad mental si reciben un apoyo correcto, pueden recuperarse,” “las personas con enfermedades mentales son personas, no rótulos,” entre otras) y se dirigió a poblaciones diversas (jóvenes, trabajadores, etc.). En el año de su lanzamiento, el 84% de los adultos en Escocia reportó haber visto los avisos publicitarios difundidos a través del país y un 71% por medio de la publicidad en TV. Adicionalmente, en una encuesta que consideró a 1000 escoceses, 41% reconoció el mensaje “las personas con problemas en salud mental debería ser tratados de forma justa, como cualquier otro.” Otro logro de la campaña en su primer año, fue que en un 57% se redujeron los conceptos devaluativos acerca de la enfermedad mental utilizados por los medios de comunicación, según el informe de la Encuesta de Actitudes Públicas de Escocia del 2004.⁶⁵

En sus años posteriores, “See Me” dirigió mensajes específicos para empleadores (“mantener a las personas con enfermedad mental en el trabajo no es difícil, ni costoso”) y adolescentes (“1 de cada 10 jóvenes presenta un problema de salud mental,” “mantente junto a tus amigos cuando tengan problemas mentales”). Los porcentajes de cobertura permanecieron arriba del 80% de la población y la cantidad de personas que recordaban espontáneamente la campaña también presentaron estabilidad (40-50%). En el tercer año de campaña, la evaluación de la Encuesta de Actitudes Públicas acerca de la Enfermedad Mental y el Bienestar, señaló que las actitudes hacia la enfermedad mental mejoraron significativamente, decreciendo el miedo hacia los usuarios (de un 32% a un 17%).⁶⁶ Del mismo modo, la evaluación en adolescentes también presentó buenos resultados, aumentando sustancialmente el reconocimiento de los problemas mentales y la empatía hacia quienes lo sufren. Finalmente, en un

.....
estudio en que se compararon encuestas aplicadas en el 2002 y el 2006, la tolerancia hacia las personas con alguna enfermedad mental aumentó de 68% en el 2002 a 75% en el 2006.⁶⁷

“See Me” reúne las características de una campaña exitosa: buena cobertura, buen impacto, trabajo colaborativo entre los diferentes actores (incluyendo a los periodistas) y estabilidad en el tiempo. A la luz de lo anterior, se ha convertido en una inspiración para la realización de otras campañas sobre estigma y discriminación. Sin embargo, se ha cuestionado si una campaña, trabajando independientemente, puede efectivamente conducir a una mayor comprensión y tolerancia hacia la enfermedad mental. Al respecto, evaluaciones respecto a la “penetración” de los mensajes y su impacto real en la modificación del estigma deberían efectuarse. Por su parte, se deberían incluir mensajes dirigidos a minorías o grupos que puedan estar sujetos a múltiples fuentes de discriminación.

“In Our Own Voice”.

El programa surge al alero de La Alianza Nacional sobre Enfermedad Mental (NAMI). La NAMI es la institución estadounidense más destacada en el campo de la salud mental comunitaria y que convoca a una serie de organizaciones regionales de Estados Unidos. El financiamiento de esta ONG proviene principalmente de aportes de sus socios, donaciones (algunas de Laboratorios) y filantropía. No obstante, cada organización regional genera ingresos propios y recibe dinero por parte de las gobernaciones locales.

NAMI, desde 1979, ha desarrollado diferentes programas para el apoyo de las personas con enfermedades mentales. Uno de estos programas fue “Living with Schizophrenia and Other Mental Illnesses,” el cual consideraba la revisión de las experiencias vividas por personas con una enfermedad mental. En el 2003, este programa fue reformulado, constituyéndose en una intervención para el estigma público basada en la comunidad y denominada “In Our Own Voice” (IOOV). Desde su concepción, IOOV ha sido presentado a una audiencia de más 2.500.000 personas, en 37 estados diferentes.⁶⁸

En su constitución original, IOOV es una intervención grupal de 90 minutos de duración y conducida por dos monitores (“facilitadores”), que son a su vez personas con trastornos mentales graves que se encuentran en recuperación. El programa compromete la revisión de cinco fases, definidas como “el camino del Recovery:” 1) “Los días oscuros”, en donde se revisan las primeras experiencias de la enfermedad mental y el estrés asociado a estas; 2) “La aceptación”, en donde se relata cómo las personas han llegado a entender su enfermedad; 3) “Los tratamientos”, referido a qué tipo de tratamientos funcionan mejor; 4) “Mecanismos de afrontamiento”, en donde se describen las estrategias utilizadas a diario para reducir el estrés; y, por último, 5) “Logros, Esperanzas y Sueños”, con el foco en personas que han superado

.....
su enfermedad mental y pueden continuar con sus objetivos.⁶⁹

Una de las fortalezas de IOOV es la cantidad de estudios publicados que han evaluado su efectividad. Generalmente los estudios han considerado a población adolescente o universitaria, presentando menor evitación social y menor atribución de actitudes estigmatizantes posterior a la aplicación de la intervención. Un ejemplo es la investigación de Pittman y cols.,⁷⁰ quienes en un grupo de 30 estudiantes de magíster de trabajo social, hallaron que luego de la intervención hubo modificaciones significativas en actitud, conocimiento y distancia social. Otro estudio que reafirma la efectividad de IOOV, es el ensayo clínico de Rüsçh y cols.,⁶⁸ en donde se evaluó el estigma hacia bipolaridad en un grupo 43 estudiantes de psicología. Por su parte, el estudio de Corrigan y cols.⁶⁹ mostró que el IOOV también podía ser eficaz en una versión más breve (30 minutos), evaluando la penetración de los mensajes entregados intervención por medio de un instrumento de memoria episódica (“Life Story Memory Test”). Finalmente, cabe señalar al estudio de Perlick y cols.,⁷¹ quienes reportaron que en un grupo de 158 familiares-cuidadores de personas con un trastorno mental, la versión IOOV conducida por familiares de personas con enfermedades mentales redujo significativamente el estigma familiar ($p=0,017$).

Tal cual se puede apreciar, IOOV es una intervención genérica sobre el impacto de la enfermedad mental y el *Recovery*. Le imprime un relato de esperanza a la enfermedad mental, dando cuenta al público en general que es posible la superación y el seguir adelante. Su sello es más bien el cambio individual, con una lógica positivista y experimental. Sus resultados han sido buenos, aunque resta comprender la estabilidad de estos (las evaluaciones de seguimiento han sido deficientes) y la validez externa que tienen este tipo intervenciones, especialmente su impacto en la inclusión social de los usuarios.

“Time’s to Change”.

Es un programa anti-estigma que inició su trabajo en el 2007. “Time to Change (TTC)” es dirigido por organizaciones de salud mental y por académicos del Instituto de Psiquiatría del King’s College London. Su foco está en el desarrollo de campañas mediáticas orientadas a diversas poblaciones del Reino Unido. El programa tuvo un financiamiento inicial de 20.5 millones de libras esterlinas (34.000.000 USD) por 4 años, entregado por el “Big Lottery Fund” y la organización de beneficencia “Comic Relief”.⁷²

Los mensajes transmitidos por la campaña son, principalmente, 1) que las enfermedades mentales son comunes; 2) que las personas con una enfermedad mental pueden desarrollar una vida plena; 3) que la discriminación vivida por los usuarios puede ser peor que la enfermedad en sí; y 4) que la sociedad puede hacer algo al respecto. Su difusión está enclavada

.....
en las oficinas de “Mind” y “Rethink Mental Illness”, dos organizaciones sin fines de lucro con cobertura en todo el Reino Unido y conducidas por usuarios, familiares y profesionales.⁷³

La evaluación de la campaña estuvo a cargo de un conocido equipo en el área de salud mental comunitaria y el estigma, quienes analizaron una serie de variables (conocimiento, actitudes, comportamientos), otorgándole un énfasis particular a la disminución de las experiencias de discriminación por parte de personas con una enfermedad mental. Lo anterior se justifica, según Thornicroft y cols.,⁷⁴ en que la mayoría de los abordajes anti-estigma han evaluado cambios en conocimiento y actitudes, lo cual no necesariamente se traduce en cambios conductuales. Con ese antecedente, el equipo definió el objetivo principal de la campaña: reducir en un 5% la discriminación hacia los usuarios. Además, se añadieron evaluaciones en personas de la comunidad (profesionales de la salud, empleadores, estudiantes) y en los medios de comunicación, y una evaluación del impacto económico de la campaña.

En lo respectivo a discriminación, se reportó que un 91% de los participantes tuvo al menos una experiencia discriminatoria en el 2008. Este porcentaje se redujo a un 87% en el 2009, pero volvió a aumentar en el seguimiento del año 2011 (89%). Esto dio un cambio en un 2,8% a través del período 2008-2011.⁷⁵ En la evaluación participaron 3579 usuarios de diferentes centros de salud y se aplicó el instrumento “Discrimination and Stigma Scale (DISC)”. Un resultado interesante del estudio, es que la discriminación proveniente de profesionales de la salud no presentó cambios significativos en ningún análisis.

Por otra parte, las actitudes de la comunidad sí presentaron un cambio significativo en el período 2008-2011, particularmente entre los años 2008 y 2009.⁷⁶ Sin embargo, tal cual apunta Link, los tamaños de efecto de los resultados fueron pequeños, al igual que en los cambios de actitud reportados en empleadores y estudiantes.⁷⁷ Por su parte, no hubo una reducción significativa en la cantidad de noticias desfavorables hacia la enfermedad mental publicadas en medios de comunicación.⁷⁸ Por último, la evaluación económica realizada por TCC fue positiva, ya que se consideró una campaña de bajo costo y que es responsable de aumentar en un 1% el acceso de personas a los servicios de salud mental o en la obtención de un empleo.⁷⁹

En el momento de los balances, TCC muestra resultados variados. Por un parte, efectivamente ha generado un impacto positivo en las actitudes de los ingleses. Sin embargo, dicho cambio se ha detectado como inestable en el transcurso de las mediciones de seguimiento. Lamentablemente, no se ha cumplido el objetivo principal propuesto, que era reducir en un 5% la discriminación vivida por usuarios. Dicho objetivo ha sido catalogado como demasiado ambicioso y extremadamente complejo de evaluar por algunos autores, surgiendo cuestionamientos semejantes a los atribuidos a la campaña “See Me”: ¿Es posible modificar los procesos de estigmatización sólo por medio de una campaña publicitaria? ¿Qué objeti-

.....
vos deberíamos plantearnos con este tipo de intervenciones y cómo deberíamos evaluar los resultados?

De todos modos, la articulación entre organizaciones de usuarios, instituciones del gobierno y una universidad inglesa es destacable. Asimismo, la inclusión de diferentes actores en el desarrollo, implementación y evaluación ha sido un sello distintivo de esta iniciativa. El número especial de la Revista Británica de Psiquiatría en el 2013 es un claro ejemplo de esa integración, ya que no sólo se reportan todos los resultados de la campaña, sino también se invitan a expertos en el campo (Bruce Link, Norman Sartorius, Stephen Hinshaw), directores de otras campañas anti-estigma (Michael Smith, de “See Me”) y un usuario (Mary Nettle) para que otorguen su particular opinión respecto a la evidencia publicada.⁷³

“Opening Minds”.

Se establece en el 2009 gracias al apoyo de la Comisión Nacional de Salud Mental de Canadá. Su propósito es abordar el estigma público en cuatro grupos clave: profesionales de salud, jóvenes, empleadores y trabajadores, y medios de comunicación.

En la actualidad hay más de 70 proyectos activos en las siguientes provincias: British Columbia, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Quebec, Nova Scotia, Newfoundland y Northwest Territories.⁸⁰

En sus inicios, los miembros de “Opening Minds” reflexionaron respecto a los resultados de otros programas anti-estigma. Una de sus conclusiones fue que no se justifica implementar extensas y costosas campañas que a la fecha han presentado resultados cuestionables.⁸¹ Por contraparte, el equipo de “Opening Minds” prefirió identificar si en esa época había programas anti-estigma que se estaban ejecutando en su país. Al encontrar diversas iniciativas activas, el equipo alentó a las organizaciones para que sistematizaran sus experiencias y les ayudó a evaluar la efectividad de sus iniciativas. A los programas que mostraron buena calidad en sus prestaciones, se les invitó a formar parte de “Opening Minds” y a replicar sus métodos a través del país. Esta red colaborativa fue complementada con una alianza con instituciones académicas como la Universidad de Calgary, la Universidad de Queen’s, la Universidad de Toronto, la Universidad de McGill y la Universidad de Dalhousie.⁸²

Al igual que otros programas anti-estigma, su público objetivo son adolescentes, profesionales de la salud, empleadores y medios de comunicación. Las intervenciones son diversas, aunque la mayoría comparte el denominador común de ser lideradas por usuarios y con un fuerte componente educativo. Para cada “target,” se diseñaron instrumentos específicos para evaluar sus cambios en el estigma, los cuales han exhibido adecuados indicadores de validez y confiabilidad. Todas las intervenciones están siendo actualmente evaluadas por los mismos

.....
cuestionarios, lo que permitirá una comparación entre los diferentes contextos, abordajes y poblaciones.⁸²

La mayoría de las investigaciones de “Opening Minds” aún no han publicado sus resultados. No obstante, algunas investigaciones ya han difundido reportes positivos. Un ejemplo es el “Programa Sakatoon” para modificar el estigma en estudiantes de secundaria. Conducido por personas con diagnóstico de esquizofrenia, su foco está en la perspectiva del *Recovery*, transmitiendo un mensaje optimista acerca de la enfermedad mental y la superación de las crisis asociadas. Con la participación de dos a cuatro usuarios, el programa utiliza diverso material audiovisual y escrito para reforzar su efectividad. En una muestra total de 1225 adolescentes, que fueron evaluados previa y posteriormente a la intervención, se encontraron cambios significativos en la tolerancia social hacia las personas con una enfermedad mental. A modo de ilustración, en el ítem “Las personas con una enfermedad mental son más peligrosas que el normal de las personas,” en la evaluación post, el 65% de los participantes estuvo totalmente en desacuerdo, lo que refleja una mejora en un 20% posterior a la aplicación de la intervención. Asimismo, en el reactivo “Intento evitar a las personas con una enfermedad mental,” hubo una modificación positiva en un 11% luego de finalizado el programa.⁸³

En el caso de los profesionales de salud, el proyecto “That’s Just Crazy Talk” también ha dado cuenta de un buen impacto. La iniciativa incorpora la exhibición de un video de una hora de duración y es protagonizado por Victoria Maxwell, una reconocida profesora y usuaria de los servicios de salud mental, y actual defensora del modelo *Recovery* en Canadá. La exhibición incluye además grupos de discusión entre los participantes y monitores. Esta intervención fue evaluada en 58 profesionales de salud mental de Ontario. Se reportó una mejora en un 7,2% en la respuesta de individuos una vez participaron en el programa. En el análisis por medio de t-test, el cambio del puntaje de medias estandarizadas entre la evaluación previa y posterior a la intervención fue estadísticamente significativo [$t(55)=3,67$, $p=0,001$].⁸⁴

En definitiva, “Opening Minds” ha dado sólidos pasos hacia una articulación en red entre una pléyade de organizaciones e instituciones. El considerar el trabajo realizado a la fecha en su país, le ha permitido incluir abordajes interesantes y con arraigo en las diversas comunidades. Esto ha facilitado la generación de un especial sentido de pertenencia con el programa y con sus implicancias futuras. Sin embargo, la evaluación de sus estudios ha adoptado una metodología semejante a los demás programas anti-estigma, lo cual puede conducir a las mismas limitaciones en la comprensión y modificación del estigma señaladas en el presente documento. Se deben esperar los próximos reportes para formular una opinión más precisa al respecto.

Discusión.

El presente capítulo revisó críticamente una serie de abordajes anti-estigma desarrollados en el extranjero. Se incluyeron 8 programas de carácter nacional para reducir el estigma asociado a la enfermedad mental. Algunas iniciativas se enfocaron en algún trastorno en particular como la esquizofrenia (“Open the Doors,” “Changing Minds”) o la depresión (“Beyondblue”), y otras adoptaron una perspectiva más general respecto a los problemas de salud mental.

Los programas contaron con varias similitudes. Por ejemplo, los ejecutores de las campañas fueron principalmente organizaciones sin fines de lucro de usuarios, familiares y profesionales. Adicionalmente, la mayoría recibió apoyo y patrocinio de instituciones gubernamentales, ya sea en su financiamiento inicial, en la implementación de los programas o en su evaluación. Al respecto, la alianza entre ONG’s y universidades o agencias académicas fue habitual, generando el respaldo metodológico necesario para la investigación y sistematización de la información.

También se identificaron similitudes en el contenido de los programas y en las estrategias esgrimidas. Las intervenciones educativas acerca de la enfermedad mental y el estigma fueron la tónica, entregadas directamente a los actores claves (jóvenes, empleadores, profesionales de la salud, etc.), o bien, utilizando los medios de comunicación para su difusión. Cabe indicar que todos los programas incluyeron al menos una campaña publicitaria.

En lo que respecta a las intervenciones educativas, se prefirió que fuesen lideradas por personas con problemas mentales y experiencias de estigmatización. Se justificó que su conocimiento del fenómeno de “primera mano” permite generar un impacto más profundo en la comprensión, tolerancia y empatía de la comunidad hacia los usuarios. Por su parte, las campañas mediáticas adoptaron la figura de anuncios publicitarios en TV, radio, periódicos o cine, con mensajes simples y destigmatizadores dirigidos a diferentes poblaciones, como por ejemplo “Changing Minds”. Hubo programas que sólo incluyeron campañas publicitarias, como “See Me” o “Time to Change”. Esto se justifica en las negativas descripciones que generalmente hacen los medios de comunicación de la enfermedad mental, influyendo poderosamente las creencias de peligrosidad e inestabilidad que se dirige hacia los usuarios.

Principales logros.

Los programas anti-estigma aquí descritos presentan, a juicio de los autores, una serie de logros que a continuación se resumen: 1) la inclusión de los propios usuarios de los servicios de salud mental y sus familiares como “agentes de cambio” y portadores de un discurso posi-

.....

tivo acerca de la enfermedad mental y su recuperación; 2) la articulación de redes comunitarias y de colaboración entre actores definidos como “clave” de la población, a saber, empleadores, adolescentes, minorías étnicas, periodistas, profesionales de la salud, entre otros; 3) la difusión de un mensaje anti-estigma con gran cobertura regional y nacional, que permitió colocar en la mesa el tema de la salud mental y de la inclusión social; 4) la combinación de esfuerzos entre equipos de intervención (quienes conducen y aplican los programas), equipos de investigación (quienes diseñan e implementan las evaluaciones) y equipos de “tomadores de decisiones” (quienes, básicamente, otorgan el respaldo político para la perpetuación de las iniciativas); 5) la colaboración nacional e internacional para compartir experiencias entre los equipos y ayudarse mutuamente para mejorar la sistematización de las intervenciones y proyectar nuevas estrategias de abordaje.

Principales limitaciones.

Independientemente de los diseños metodológicos e instrumentos de medición utilizados, los resultados de las campañas coinciden en algo: el estigma no se redujo según lo esperado. Este resultado ha generado una serie de cuestionamientos respecto a cómo se debe entender, evaluar e intervenir el fenómeno. Por ejemplo, una conclusión frecuente fue que medir actitudes de la población puede resultar infructuoso, dado que un eventual cambio en este indicador *no* se traduce necesariamente en una disminución de los actos discriminatorios. La gran evidencia respecto a esto la entregó la campaña “Time To Change”, en donde a pesar de la reducción de las actitudes negativas desde la comunidad hacia los usuarios, el reporte de experiencias discriminatorios en el grupo de personas con enfermedad mental se redujo levemente luego del seguimiento de 4 años. Además, es preocupante que en los reportes de dicha campaña, la discriminación proveniente desde los profesionales de salud se haya mantenido inalterada en el tiempo. Es decir, a pesar de otorgarle prioridad a la disminución de la discriminación (tal cual lo ha recomendado la Organización Mundial de Psiquiatría), la campaña Time to Change no consiguió avanzar significativamente en esa dirección.

Cabe recordar, como se comentó en la introducción de este capítulo, que en general en este tipo de iniciativas el estigma se ha conceptualizado como una manifestación de tres dimensiones: desconocimiento, actitudes negativas y discriminación; es decir, un modelo cognitivo-social. Esto ha conducido a que se evalúe cada dimensión por separado, con la hipótesis de que al abordar uno (o más) de sus elementos, el efecto de esa intervención influirá significativamente en los demás. Aunque ese tipo de modelo cuenta con evidencia que respalda su eficacia, particularmente en tratamientos como la psicoterapia cognitivo-conductual,⁸⁵ creemos que resulta insuficiente para abordar un fenómeno social que se construye y

.....
encarna principalmente en el “espacio dialéctico” de las relaciones sociales, independiente que se expresen sus consecuencias específicas a nivel individual. Asimismo, considerando su vínculo con variables estructurales de las poblaciones (poder social, aspectos culturales e históricos de las comunidades), para lograr una acabada comprensión de su naturaleza se debería adoptar una perspectiva sistémica y anclada en la comunidad.

Un buen ejemplo de acercamiento que rescata la construcción social y cultural de estigma, se puede apreciar en el trabajo que conduce el profesor Lawrence Yang, quien actualmente desarrollan una línea de investigación para caracterizar los diversos tipos de estigma en Latinoamérica. Para lograr dicho objetivo, se ha propuesto adaptar instrumentos diseñados por otros equipos de investigación que han exhibido buenos indicadores psicométricos (por ejemplo, el “Internalized Stigma of Mental Illness, ISMI”), por medio de una metodología mixta de investigación (cualitativa-cuantitativa), que permita, desde una óptica de la antropología social, comprender cómo se entiende el estigma acá en la región, por qué las personas discriminan a otras, y qué se debería hacer para cambiar esa situación (para una revisión con mayor detalle de este enfoque se recomienda consultar a Yang y cols.).²⁰

Asimismo, Corrigan y Shapiro también han señalado las limitaciones de la mirada cognitivo-social del estigma.⁸⁶ Estos autores han aconsejado explorar la metodología de la Investigación Participativa Basada en la Comunidad (CBPR, en su sigla en inglés), cuyo principal objetivo es comprometer a la mayor cantidad de ciudadanos en la definición de los problemas que afectan a sus comunidades y en la formulación de eventuales soluciones. Esto significa la inclusión en todas las etapas del proceso a las personas involucradas en el fenómeno, ya sean estigmatizadores o estigmatizados, a quienes se les insta a entender sus respectivas posturas ideológicas y valóricas. Este tipo de método puede ser particularmente complejo de implementar, ya que implica que investigadores y actores sociales estén en la misma posición jerárquica. Sin embargo, al posicionar a todas las personas involucrados como “pares” entre sí, puede contribuir especialmente a la construcción de un capital social sólido y a la consecuente disminución de la discriminación, tal cual señalan los reportes con otros grupos estigmatizados (por ejemplo, VIH).⁸⁷

Implicancias para América Latina.

Lo primero a señalar, es que el capital económico, social y cultural de nuestra región es radicalmente diferente al que se presenta en las naciones que han desarrollado en este tipo de proyectos. Por lo tanto, una tarea esencial es 1) realizar un correcto proceso diagnóstico que permita reconocer las fortalezas con las que cuenta cada país latinoamericano (por ejemplo, en sistemas de salud o en red de organizaciones comunitarias), 2) identificar la idiosincrasia

.....
del estigma en cada comunidad o región, 3) y diseñar una estrategia de intervención que se adapte totalmente al contexto en que se aplicará, en su contenido, difusión y cobertura. Para este fin, recomendamos considerar la experiencia canadiense de “Opening Minds”, en donde hubo un trabajo previo de conocer i) si había iniciativas anti-estigma actualmente activas en el país, ii) cómo estas intervenciones funcionaban, y iii) cómo el equipo del programa podía contribuir a su perfeccionamiento. Asimismo, la construcción de cada intervención debería, a nuestro juicio, considerar a todas las personas que participan en el proceso de estigmatización, teniendo en cuenta su historia, cultura y moralidad. Por consiguiente, tal cual lo indicamos anteriormente, en este caso la combinación entre el método de investigación participativa de la comunidad y las estrategias mixtas de evaluación de la prevalencia del fenómeno, puede ayudar sustancialmente a orientar con precisión nuestros esfuerzos.

Aparte de conocer en específico la expresión del estigma, es relevante apreciar condiciones estructurales desfavorables que son una generalidad en América Latina, como la pobreza, la marginalidad y la alta prevalencia de abuso y dependencia de sustancias psicoactivas que presenta la región. Por ello, es necesario contar con intervenciones especialmente construidas para esas condiciones, dado que son conocidos los múltiples estigmas que cargan las personas consumidoras. Además, considerando que de los programas revisados sólo “Beyond blue” y “Changing Minds” incluyeron intervenciones anti-estigma dirigidas a esta condición, el desarrollo de abordajes de esta índole puede ilustrar a los demás países de bajo y mediano ingreso.

En tercer lugar, resulta importante generar colaboración cercana entre equipos latinoamericanos de investigación e intervención. Conocemos de las excelentes competencias con las que cuentan académicos y profesionales de los servicios de salud de algunos países, como Brasil, Chile, Argentina y Panamá. Por tanto, su contribución a otros colegas de América Latina puede resultar fundamental para una efectiva implementación de sus respectivos proyectos. Asimismo, la capacitación en diseño de proyectos e investigación de “trabajadores comunitarios”, usuarios, familiares y cualquier otro agente interesado, debería ser una prioridad para cada equipo.

Por último, tenemos la convicción que el desarrollo de líneas de trabajo en este campo que considere protagónicamente a todos los participantes en la génesis, manifestación y perpetuación del estigma hacia las enfermedades mentales, puede contribuir significativamente a que la “visión” de la reforma de salud mental se concrete y que las personas usuarios y sus familiares ostenten finalmente una inclusión social adecuada.

Bibliografía:

1. González Uzcátegui R, Levav I, eds. Reestructuración de la atención psiquiátrica: bases conceptuales y guías para su implementación. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1991.
2. de Almeida JMC, Horvitz-Lennon M. Mental health care reforms in Latin America: An overview of mental health care reforms in Latin America and the Caribbean. *Psychiatric Services* 2010;61(3):218-221.
3. WHO-AIMS Report on Mental Health System in Brazil. Brasília, Brazil: WHO and Ministry of Health; 2007.
4. Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en Panamá utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS (IESM-OMS). Panamá: OMS/OPS y Ministerio de Salud; 2006.
5. Informe de la evaluación del sistema de salud mental en Chile usando World Health Organization - Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS). Santiago, Chile: OMS y Ministerio de Salud; 2006.
6. Rodríguez, J ed. La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Washington, D.C: OPS; 2007.
7. Resultados de la evaluación realizada mediante el Instrumento de Evaluación para los Sistemas de Salud Mental. Buenos Aires, Argentina: OMS y Ministerio de Salud; 2009.
8. Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en El Ecuador utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS (IESM-OMS). Quito: OPS/OMS y Ministerio de Salud; 2008.
9. Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud. México D.F.: OMS/OPS y Secretaría de Salud; 2011.
10. Un informe sobre la evaluación del sistema de salud mental en Paraguay usando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (WHO-AIMS).
11. Informe sobre los servicios de Salud Mental del Subsector Ministerio de Salud del Perú. Lima: OPS/OMS y Ministerio de Salud; 2008. Asunción, Paraguay: OPS/OMS y Universidad de Asunción; 2006.
12. Periago MR. La salud mental una prioridad de salud pública en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2005;18(4).

13. World Health Organization. The World health report: 2001: Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001.
14. Angermeyer M, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a systematic review of population studies. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113:163–179.
15. Leiderman E, Vazquez G, Berizzo C, Bonifacio A, Bruscoli A, Capria J et al. Public knowledge, beliefs and attitudes towards patients with schizophrenia: Buenos Aires, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2010;46(4):281-290.
16. Peluso ETP, Blay SL. Public stigma and schizophrenia in São Paulo city. *Rev Bras Psiquiatr.* 2011;33(2):130-6.
17. Mascayano F, Schilling S, Tapia T, Lips W, Tapia E, Alvarado R, Yang L. Stigma toward Mental Illness in Latin America and the Caribbean: a systematic review. Submitted to *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.
18. Goffman I. *Stigma, notes on the management of spoiled identity*. New Jersey: Prentice Hall Englewood Cliffs; 1963.
19. Jones, EE, Farina A, Hastorf AH, Markus H, Miller DT, Scott RA. *Social stigma: The psychology of marked relationships*. New York: Freeman; 1984.
20. Yang LH, Kleinman A, Link BG, Phelan JC, Lee S, Good B. Culture and stigma: adding moral experience to stigma theory. *Soc Sci Med.* 2007;64(7):1524-35.
21. Link BG, Cullen F, Struening E, Shrout P, Dohrenwend B. A modified labeling theory approach to mental disorders: an empirical assessment. *Am Sociol Rev.* 1989;53(3):400-23.
22. Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination?. *The British Journal of Psychiatry* 2007;190(3):192-193.
23. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* 2002;1(1):16.
24. Chuaqui J. *El estigma en la esquizofrenia*. Cien Soc Online. Chile: Universidad de Viña del Mar; 2005.
25. Rose D, Thornicroft G, Pinfold V, Kassam A. 250 labels used to stigmatise people with mental illness. *BMC Health Services Research* 2007;7(1):97.
26. Muñoz M, Pérez Santos E, Crespo M, Guillén A. *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Ed. Complutense; 2009.

-
27. Angermeyer M, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a systematic review of population studies. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113:163–179.
 28. Browne D. Attitudes of mental health professionals toward mental illness. *Smith College School for Social Work: Massachusetts*; 2010.
 29. Wong C, Davidson L, Anglin D, Link B, Gerson R, Malaspina D, et al. Stigma in families of individuals in early stages of psychotic illness: family stigma and early psychosis. *Early Interv Psychiatry* 2009;3(2):108-115.
 30. Corrigan, P. Examining a Progressive Model of Self-Stigma and its Impact on People with Serious Mental Illness. *Psychiatry Res.* 2011; 189(3): 339–343.
 31. Rüsçh N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry.* 2005; 20(8):529-39.
 32. Palm J. Moral concerns - Treatment staff and user perspectives on alcohol and drug problems. *University of Stockholm, Stockholm*; 2006.
 33. Muñoz M, Sanz M, Pérez-Santos E. El estado del conocimiento sobre el estigma internalizado desde el modelo socio-cognitivo-comportamental. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud* 2011;07:41-50.
 34. Ahern J, Stuber J, Galea S. Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug and Alcohol Dependence* 2007;88(2):188-196.
 35. Nelson G, Lord J, Ochocka J. Empowerment and mental health in community: Narratives of psychiatric consumer/survivors. *Journal of Community & Applied Social Psychology* 2001;11(2):125-142.
 36. Pinfold V, Thornicroft G. Influencing the public perception of mental illness. *Choosing methods in mental health research: Mental health research from theory to practice*; 2006:147-156.
 37. Cowan L, Hart D. Changing Minds Every Family in the Land A new challenge for the future. *Psychiatric Bulletin* 1998;22(10):593-594.
 38. Sartorius N. Lessons from a 10-year global programme against stigma and discrimination because of an illness. *Psychology, Health & Medicine* 2006;11(3):383-3.
 39. Thornicroft C, Wyllie A, Thornicroft G, Mehta N. Impact of the “Like Minds, Like Mine” anti-stigma and discrimination campaign in New Zealand on anticipated and experienced discrimination. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2013.
 40. Crisp AH, Cowan L, Hart D. The College’s Anti-Stigma Campaign, 1998-2003 A shortened version of the concluding report. *Psychiatric Bulletin* 2004;28(4):133-136.

41. Kadri N, Sartorius N. The global fight against the stigma of schizophrenia. *PLoS Medicine* 2005;2(7):e136.
42. Arboleda-Flórez J, Sartorius N (Eds.). *Understanding the stigma of mental illness: theory and interventions*. Chichester, UK: John Wiley & Sons; 2008.
43. Sartorius N, Schulze H. *Reducing the stigma of mental illness: a report from a global association*. Cambridge University Press; 2005.
44. Stuart H. Fighting the stigma caused by mental disorders past perspectives, present activities, and future directions. *World Psychiatry* 2008;7(3):185-188.
45. Gaebel W, Zäsken H, Baumann AE, Klosterkötter J, Maier W, Decker P, et al. Evaluation of the German WPA “program against stigma and discrimination because of schizophrenia—Open the Doors”: results from representative telephone surveys before and after three years of antistigma interventions. *Schizophrenia Research* 2008;98(1):184-193.
46. Ministry of Health. *Like Minds, Like Mine National Plan 2007-2013: Programme to Counter Stigma and Discrimination Associated with Mental Illness*. Wellington: Ministry of Health; 2007.
47. Mason K, Johnston J, Crowe J. *Inquiry under Section 47 of the Health and Disability Services Act 1993 in Respect of Certain Mental Health Services*. Report of the Ministerial Inquiry to the Minister of Health, Hon Jenny Shipley. Wellington: Ministry of Health; 1996.
48. Ministry of Health. *National Plan 2003–2005: Project to counter stigma and discrimination associated with mental illness*. Wellington: Ministry of Health; 2003.
49. Wyllie A, Lauder J. *Impacts of national media campaign to counter stigma and discrimination associated with mental illness: Survey 12*. Auckland: Phoenix Research; 2012.
50. Peterson D, Pere L, Sheehan N. *Respect costs nothing: a survey of discrimination faced by people with experience of mental illness in Aotearoa New Zealand*. Auckland: Mental Health Foundation of New Zealand; 2004.
51. Vaithianathan R, Pram K. *Cost benefit analysis of the New Zealand National mental health destigmatisation programme (“Like-Minds Programme”)*. Auckland, NZ: Phoenix Research, for the Ministry of Health; 2010.
52. White PD. ‘Changing minds’ banishing the stigma of mental illness. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1998;91(10):509.
53. Crisp A. *Changing minds: every family in the land* An update on the College’s campaign. *Psychiatric Bulletin* 2000;24(7):267-268.

-
54. Naylor P, Cowie H, Talamelli L, Dawkins J, Hill W. The development of adolescent pupils' knowledge about and attitudes towards mental health difficulties (grant number 1750/197) Project report to PPP Healthcare Medical Trust; 2002.
 55. Crisp A, Gelder M, Goddard E, Meltzer H. Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry* 2005;4(2):106.
 56. Mehta N, Kassam A, Leese M, Butler G, Thornicroft G. Public attitudes towards people with mental illness in England and Scotland, 1994–2003. *The British Journal of Psychiatry* 2009;194(3):278-284.
 57. Pilgrim D, Rogers AE. Psychiatrists as social engineers A study of an anti-stigma campaign. *Social Science & Medicine* 2005;61(12):2546-2556.
 58. Pirkis J. Beyondblue: the national depression initiative 2000-2004: An independent evaluation report. Programme Evaluation Unit, School of Population Health, The University of Melbourne; 2004.
 59. Hickie I. Can we reduce the burden of depression The Australian experience with beyondblue the national depression initiative. *Australasian Psychiatry* 2004;12(s1):S3.
 60. Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM. Changes in depression awareness and attitudes in Australia: the impact of beyondblue: the national depression initiative. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2006;40(1):42-46.
 61. Reavley NJ, Jorm AF. Stigmatizing attitudes towards people with mental disorders: findings from an Australian National Survey of Mental Health Literacy and Stigma. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2011;45(12):1086-1093.
 62. Reavley N, Jorm A. Community and population-based interventions to reduce stigma associated with depression, anxiety and suicide: an Evidence Check rapid review brokered by the Sax Institute for beyondblue; 2013.
 63. Dunt D, Robinson J, Selvarajah S, Young L, Highet N, Shann C, Pirkis J. beyondblue, Australia's National Depression Initiative: An Evaluation for the Period 2005-2010. *International Journal of Mental Health Promotion* 2011;13(3):22-36.
 64. Reavley NJ, Jorm AF. Stigmatising attitudes towards people with mental disorders Changes in Australia over 8years. *Psychiatry Research* 2012;197(3):302-306.
 65. See Me Scotland. See Me So Far. A Review of the First Four Years of the Scottish Anti Stigma Campaign. Edinburgh: Scottish Executive, 2006.
 66. Braunholtz S, Davidson S, King S. Well? What Do You Think?. The Second National Scottish Survey of Public Attitudes to Mental Health, Mental Well-being and Mental Health Problems. Scottish Executive, 2004.

67. Myers F. Evaluation of 'see Me'-the National Scottish Campaign Against the Stigma and Discrimination Associated with Mental Health. *Social Research*; 2009.
68. Rusch LC, Kanter JW, Angelone AF, Ridley RC. The impact of in our own voice on stigma. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 2008;11(4):373-389.
69. Corrigan PW, Rafacz JD, Hautamaki J, Walton J, Rüscher N, Rao, et al. Changing stigmatizing perceptions and recollections about mental illness: the effects of NAMI's In Our Own Voice. *Community Mental Health Journal* 2010;46(5):517-522.
70. Pittman JO, Noh S, Coleman D. Evaluating the effectiveness of a consumer delivered anti-stigma program: replication with graduate-level helping professionals. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2010;33(3):236-238.
71. Perlick DA, Nelson AH, Mattias K, Selzer J, Kalvin C, Wilber CH, et al.. In our own voice-family companion: reducing self-stigma of family members of persons with serious mental illness. *Psychiatric Services* 2011;62(12):1456-1462.
72. Henderson C, Thornicroft G. Stigma and discrimination in mental illness: Time to Change. *Lancet* 2009; 373: 1928–30.
73. Henderson C, Thornicroft G. Evaluation of the Time to Change programme in England 2008-2011. *The British Journal of Psychiatry* 2013;202(s55):s45-s48.
74. Thornicroft G, Brohan E, Kassam A, Lewis-Holmes E. Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions. *International Journal of Mental Health Systems*. 2008;2:3.
75. Corker E, Hamilton S, Henderson C, Weeks C, Pinfold V, Rose D, et al. Experiences of discrimination among people using mental health services in England 2008-2011. *The British Journal of Psychiatry* 2013;202(s55):s58-s63.
76. Evans-Lacko S, Henderson C, Thornicroft G. Public knowledge, attitudes and behaviour regarding people with mental illness in England 2009-2012. *The British Journal of Psychiatry* 2013;202(s55):s51-s57.
77. Link B.G. It is time to change our cultural context. Invited commentary on... Evaluation of England's Time to Change programme. *The British Journal of Psychiatry* 2013;202(s55):s106-s107.
78. Thornicroft A, Goulden R, Shefer G, Rhydderch D, Rose D, Williams P, et al.. Newspaper coverage of mental illness in England 2008-2011. *The British Journal of Psychiatry* 2013;202(s55):s64-s69.
79. Evans-Lacko S, Henderson C, Thornicroft G, McCrone P. Economic evaluation of the anti-stigma social marketing campaign in England 2009-2011. *The British Journal of Psychiatry* 2013;202(s55):s95-s101.

-
80. Openings Minds: Program Overview. Opening Minds Initiative, Mental Health Commission of Canada; 2012.
 81. Stuart H. Selection of Anti-stigma Programs. Opening Minds: An initiative of the Mental Health Commission of Canada; 2009.
 82. Pietrus M. Opening Minds Interim Report. Calgary: Mental Health Commission of Canada; 2013.
 83. Opening Minds in High School: Results of a Contact-Based Anti-Stigma. Intervention – Partnership Program Saskatoon; 2013.
 84. Knaak S, Hawke L, Patten S. “That’s Just Crazy Talk”: Evaluation Report. Calgary: Mental Health Commission of Canada; 2013.
 85. Dobson KS. Handbook of cognitive-behavioral therapies. Guilford Press; 2009.
 86. Corrigan PW, Shapiro JR. Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical Psychology Review* 2010;30(8):907-922.
 87. Flicker S. Who benefits from community-based participatory research? A case study of the Positive Youth Project. *Health Education & Behavior* 2008;35(1):70-86.

ESTIGMA Y DESARROLLO DE UN TALLER DE MEMORIA HISTÓRICA EN PERSONAS QUE FUERON VÍCTIMAS DE LA REPRESIÓN POLÍTICA EN CHILE.

Autores:

María José Jorquera G.

Psicóloga.

Programa de Reparación y Atención Integral en Salud (PRAIS), Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio.

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

E-mail: mjjorquerag@gmail.com

Mercedes Córdova E.

Licenciada en Educación y Administración Educativa.

Jubilada.

Santiago Urtubia V.

Profesor de Estado en Historia, Geografía y Educación Cívica.

Magister (C) Interdisciplinarios de Estudios Humanísticos.

Luis Aguirre S.

Obrero Calificado.

Jubilado.

María Osorio S.

Periodista.

Jubilada.

Alicia Olea.

Profesora de Castellano.

Jubilada.

Nota: Este artículo fue escrito en conjunto con los usuarios del Taller de Memoria Histórica del Programa de Reparación y Atención Integral en Salud y Derechos Humanos (PRAIS) Valparaíso.

Estigma y desarrollo de un taller de memoria histórica en personas que fueron víctimas de la represión política en Chile.

Introducción.

El contexto de desarrollo de la intervención.

Tras los 40 años de la conmemoración del fatídico 11 de Septiembre de 1973, en Chile se produjo un excesivo bombardeo comunicacional de los medios de prensa (televisión, escrita), nunca antes visto en la historia reciente. Esta situación, sin duda, afectó a los sobrevivientes y usuarios del Programa de Reparación y Atención Integral en Salud (conocido como PRAIS), los cuales, en su mayoría respondieron de manera ambivalente frente a esta situación. Si bien, por un lado la cobertura mediática sirvió para poner en el discurso público un tema oculto en Chile, la competencia por el rating llevó a los medios de comunicación a focalizar sus reportajes en aquellos parajes más horrorosos que una persona puede vivir bajo una práctica tan inhumana como lo es la tortura. Esto gatilló que muchos usuarios que se atienden en el PRAIS de la ciudad de Valparaíso, se sintieran nuevamente re-traumatizados, puesto que el discurso del horror, desplazó al discurso de la reflexión, haciendo que la sociedad entera se hastiara y mandara, nuevamente, al olvido lo ocurrido.

El Programa de Reparación y Atención Integral en Salud (PRAIS) es una de las repuestas de reparación del estado para los sobrevivientes de la dictadura chilena. Los beneficiarios del programa son familiares de detenidos, desaparecidos y ejecutados políticos hasta tercera generación; presos políticos, personas sometidas a torturas y apremios ilegítimos; exilio-retorno; relegación, clandestinidad y exoneración política. Adicionalmente, ingresan como beneficiarios, cónyuges o parejas del afectado(a) directo(a) y sus hijos.

De igual forma, también son beneficiarios PRAIS, aquellas personas que trabajaron en la defensa de los Derechos Humanos durante 10 años en forma ininterrumpida.¹

El PRAIS que se inaugura en el año 1991, fue, en un primer momento, financiado por una agencia del gobierno estadounidense (AID), con el objetivo de que tras los primeros años se constituyera en un programa oficial del Ministerio de Salud.² El propósito principal fue dar atención en salud, de nivel especializado, gratuito y de por vida; y se esboza la intención de establecer otras medidas -simbólico-social- para reivindicar la dignidad de las víctimas.

Sin embargo, éste último aspecto, pese a que fue señalado por quienes contribuyeron a la creación del programa como un elemento relevante en los proceso de reparación bajo el fundamento de Trauma Psicosocial acuñado por Ignacio Martín Baró quien señala (...) que la relación individuo-sociedad es una perspectiva psicosocial y dinámica, pues el ser humano es comprendido como producto de una historia peculiar que se concreta en las relaciones sociales de las que el individuo es parte activa y pasiva. Y en donde, el contexto social, por lo tanto, no puede ser considerado sólo como el marco en el que se analiza el trauma, sino como un elemento que puede modificar o cronificar el trauma² si no se despliegan todos los recursos

.....
individuales y comunitarios a tiempo. No ha sido considerado como objetivo fundamental del proceso reparatorio, pese a ser un elemento esencial, no solo en la comprensión de su rol en la génesis del conflicto, sino que también, por su participación en el mantenimiento del trauma psicosocial chileno.

Esta desvinculación de la dimensión social, deja como consecuencia que el programa PRAIS, encargado de la reparación nacional, sea una prestación reducida e individualizada bajo un modelo biomédico focalizado netamente en la salud-enfermedad.

Tras la conmemoración de los 40 años y las consecuencias que ocasiono en usuarios y usuarias, de manera inmediata y reactiva a este contexto, se convocó a un taller de Memoria Histórica con el objetivo de rescatar a este actor social y, sobre todo, a la persona que se estaba perdiendo dentro de este discurso del terror. Sin embargo, y antes de entender la importancia del recurso de la Memoria Histórica, entre los talleristas, surge con fuerza la necesidad de reflexionar sobre el proceso de reparación, lo que se transformo luego, en un interesante análisis materializada en las dos siguientes preguntas: ¿Porqué la sociedad chilena aún no ha derrocado la impunidad? y ¿Cual es el rol de los medios de comunicación en el proceso de reparación chileno?

Esta reflexión colectiva de los talleristas, llevó a descubrir posibles respuestas en el Modelo de Estigma Social, Discriminación y Auto-estigma.

Aplicando el Modelo de Estigma a las víctimas de la represión política.

En el año 2001, en el marco de la Conferencia sobre *Estigma y Salud Global* que tuvo lugar en los Estados Unidos, Link y Phelan, definen el concepto de estigma como una correlación que surge de una serie de operaciones articuladas en los siguientes pasos: 1) se produce una identificación social de diferencias humanas y se establecen las etiquetas; 2) se acopla el etiquetamiento a las características indeseables o estereotipos negativos; 3) tiene lugar una separación entre *ellos* y *nosotros*; y, 4) se experimenta una pérdida del estatus y se genera la discriminación.³ Este proceso de construcción social del estigma que se manifiesta con conductas y/o actos discriminatorios, es un mecanismo que ha sido utilizado de manera muy eficaz por los grupos dominantes a lo largo de la historia, pues parece cumplir la meta deseada: el control social.

Para Goffman, el proceso de adjudicar mala reputación a un individuo por parte de personas que no lo conocen, tiene una función de control social. Este control puede ser de dos tipos; informal y formal. El primero incluye la comunidad en general y organizaciones sociales. El segundo, hace referencia a aquellas personas que representan instituciones públicas o privadas. En esta línea, destacamos el rol de los medios de comunicación,⁴ los cuales puede

.....
llegar a causar un fuerte desacredito en el mundo local y un deterioro en la vida moral de la persona afectada.

Se entiende como *mundo local* aquel espacio, donde ocurre la vida diaria, y entra en juego la estima y valoración de la persona por parte de su red social, al mismo tiempo, que se construye su auto-estima y auto-valoración. Es en este mundo local donde la gente tiene algo que ganar o perder, como estatus, dinero, oportunidades, etc. Esto se puede caracterizar también como el “modo moral” de la experiencia. Y esta *experiencia moral* se registra en la vida cotidiana, produciendo una definición de aquello “que es más importante” para los hombres y mujeres en su vida.⁵ En nuestro caso, el mundo local patentado en la sociedad en general, es la lucha por la reivindicación de la dignidad de los sobrevivientes, el reconocimiento de las víctimas ejecutadas y/o desaparecidas y el acceso a la verdad respecto a los hechos históricos ocultados y tergiversados conscientemente no solo, por el estado de Chile sino que también por los medios de comunicación de masas pertenecientes a reconocidos iconos de la dictadura militar chilena.

Si trazáramos una línea de tiempo entre 1973 hasta 2014, lograríamos identificar dos momentos claves en la historia reciente de Chile; el primer momento, se sitúa entre 1973-1990, correspondiendo al periodo de dictadura militar; el segundo momento que parte en el periodo de transición en 1990 hasta la actualidad. En ambos periodos los medios de comunicación de masas, han tenido un papel protagónico tanto en la creación de la polarización social en años previos a la dictadura y en el mantenimiento de la impunidad post-dictadura basado, principalmente, en el ocultamiento y/o tergiversación de los hechos, que en esta conmemoración de los 40 años, resurge con una campaña del terror, disfrazada de denuncia con la utilización de los relatos de los sobrevivientes. Esta mixtura entre terror y morbo que logra paralizar a una sociedad completa, a través del miedo, paralelamente va generando, en forma sutil, un nuevo proceso de estigmatización social de los grupos que fueron víctimas de la represión política, pero que, con independencia de los contextos, tiene la misma finalidad, el control social sobre estos.

Construcción del estigma social entre los años 1973-1990.

La utilización de los medios de comunicación masiva, como estrategias de inteligencias diseñadas cuidadosamente por la CIA para arremeter con una fuerte campaña del terror en la sociedad chilena, junto a otras estrategias (tal como la desestabilización económica), fueron un fuerte dispositivo de producción del discurso ideológico anticomunista, basado principalmente en la estigmatización social de todo aquello que pudiera estar relacionado con el comunismo o el socialismo.⁶

La campaña estigmatizadora contra la Unidad Popular* (UP) comienza en 1969 bajo la “campaña destructiva”, en donde diversos medios de comunicación asociaban el potencial triunfo de Salvador Allende con violencia y represión de tipo estalinista. Ante la fallida acción de impedir la candidatura presidencial de Allende y su posterior triunfo, se inicia en 1970 la llamada “propaganda negra”, que consistía en irrumpir la coalición de los grupos de izquierda mediante la implantación de discordias entre comunistas, socialistas y la Central Única de Trabajadores.⁶ Más tarde, en la administración de Allende y ante la profundización de la Revolución en Libertad, lo que se llamó “vía chilena al socialismo”, que dio un fuerte impulso al fortalecimiento del desarrollo económico - social, con la nacionalización del Cobre, la reforma agraria (que en 3 años alcanza el 50% de las tierras agrícolas cultivables)⁷ el control de un 90% de las industrias y de la banca nacional (mediante la expropiación y la compra de acciones), al mismo tiempo que se mantenía la gratuidad de todos los chilenos en sus derechos básicos, tales como salud, vivienda y educación⁸ tras estos avances, esta propaganda mediática se hace más nociva, resurge entonces “la campaña del terror” la cual, explota con imágenes en primera plana de Praga entremezcladas con fotografías de tanques entrando al centro de Santiago.

Toda esta magna campaña comunicacional fue posible, gracias a la estratégica alianza entre la CIA y el diario el Mercurio, éste último, perteneciente a una de las familias más poderosa de Chile, la familia Edwards.

El Mercurio era uno de los diarios más influyentes en América Latina, particularmente en círculos de negocios extranjeros. Teniendo una audiencia de más de 5 millones de lectores y oyentes, le permitió a la CIA producir más de una editorial por día inspirado en la campaña anticomunista.⁶

Tras el golpe militar, la prensa chilena continuó con la campaña de desacreditación de las personas oprimidas, agregándose la consideración de ser “enemigos internos”⁹ (promovido por la Doctrina de Seguridad Nacional). A estas personas se les atribuyeron muchas otras características negativas: ser violento, agresivo, un traidor sin principios, “terroristas, extremistas, asesinos, inmorales”. Incluso, algunas veces se les llegó a atribuir rasgos demoniacos, tal como se puede leer en el libro “El día decisivo” de Augusto Pinochet.¹⁰ También se los llamó “humanoides”, según José Toribio Merino, miembro de la Junta Militar, como una forma de deshumanizarlos. Por eso, no fue extraño encontrar portadas del Mercurio o del diario La Segunda –otro periódico que era propiedad de Agustín Edwards– con titulares como “Exter-

* *Conglomerado político que convocaba a partidos de izquierda, Radicales, Socialistas, Comunistas y otros sectores que se habían ido de la Democracia Cristiana, además de estudiantes, sindicatos de trabajadores y organizaciones sociales, La UP fue la base partidaria del Gobierno de Salvador Allende.*

.....
minados como ratones”, noticia que ocultaba el asesinato de 119 opositores al régimen, que actualmente son detenidos desaparecidos, haciéndolos pasar como una lucha de poder entre partidos de izquierda.¹¹

Uno de nuestros usuarios del PRAIS Valparaíso relataba así su experiencia en esta época:

“Cuando leí ese día el periódico, yo estaba clandestino. Me dio una rabia parida por como los trataron “como ratones”... ellos eran mis amigos, eran personas honesta y con gran respeto hacia los demás, por eso luchábamos por la igualdad...pero lo más terrible, era la capacidad del engaño por parte de la prensa, ellos sabían que no fue un enfrentamiento... ellos sabían que fue un asesinato, el lavado de cerebro fue impresionante... mucha gente hasta el día de hoy los siguen y me siguen tratando como terrorista, delincuente problemático”.

(LAS).

En éste contexto la discriminación vivida fue constante y cruel. Al respecto, la discriminación es considerada como el efecto del proceso de estigma, y de la cual, se le desprenden tres tipos: la primera es la discriminación directa, que es aquella ejercida por personas que reproducen la creencia estereotipada; la segunda corresponde a la discriminación estructural, o sea, aquella que provienen de las instituciones, que puede o no ser intencionada; y, la tercera, es un tipo de discriminación que suele operar de un modo imperceptible, a través de la distancia social deseada³ y se da a nivel de los procesos psicológicos de las personas discriminadas, aludiendo a la devaluación que siente la persona, como menos digna en comparación a los demás. De esta forma se produce una individualización de los problemas humanos, lo cual hace invisible su dimensión social. Y así se desfigura la realidad y se pone en marcha el control social, utilizando como fundamento el daño de la salud.⁵

En éste periodo de la historia política chilena, la respuesta discriminatoria al proceso de estigmatización social fue principalmente de tipo directa y estructural. El primer tipo se pudo observar en la realidad microsocia, mediante la negación del trabajo o por la actitud asumida por vecinos, compañeros de trabajo y antiguos amigos, quienes los eludían, temiendo que un acercamiento solidario podría hacer recaer en ellos medidas represivas similares¹² o por el contrario, los denunciaban por considerarlos terroristas. En tanto, el segundo tipo se produjo a través de la utilización de mecanismos represivos legalizados, tales como la exoneración, la tortura, el exilio, incluso el asesinato y la desaparición, generando así un daño psicosocial planificado y sistemático, que junto con marginar a los perseguidos, utilizó el miedo en la sociedad con el fin de “aleccionarlos” ante cualquier sospecha del “ser comunista”.

Las experiencias de este tipo fueron relatadas así por dos de nuestros usuarios:

“Cuando salí en libertad, me costó mucho encontrar trabajo. Cuando lo logré, me detienen en la Escuela donde trabajaba, por un par de horas en el mismo recinto. Al dejarme en libertad, la Directora me dice ‘No te das cuenta que tienes una hija, preocúpate de ella’. Ella quería decir, en realidad, no te metas en nada. Ella deseaba que yo fuera obediente, buena profesora, temerosa, porque yo tenía una historia, yo había sido presa política y eso era lo malo.

Decidimos con mi marido irnos de Valparaíso a Santiago, y tratar de empezar una nueva vida sin vigilancia. Como siempre, fue difícil encontrar trabajo. Sin embargo, lo conseguí. Justo en esa época asesinan y degüellan a un profesor, y la Directora de la Escuela me dice ‘Tú no hables porque estás con las heridas abiertas’. Eso me indignó. Por segunda vez me sentí discriminada, estaba estigmatizada, era distinta al resto, debía callar, no opinar, debía pasar invisible.

Esta situación se prolongó incluso cuando llegó la transición, en el Gobierno de la Concertación, me seguían tratando de izquierdosa, marxista, terrorista”.

(MC).

“Soy Profesor de Estado en Historia, Geografía y Educación Cívica, egresado de la Universidad de Chile y ex integrante del MIR. Cuando egreso a mediados de 1973, solo esperaba la entrega de mi título profesional en trámite. Una carrera como estudiante sobresaliente me destaca tempranamente como Monitor, Ayudante Meritante, Ayudante de Planta y posteriormente Profesor Auxiliar. El Golpe de Estado me prohíbe todo acceso a nuestras oficinas y al lugar de trabajo en la Universidad. Días más tarde fui preso y llevado al Cuartel Silva Palma. Al salir en libertad, intento retomar mi vida en la Universidad, pero me di cuenta que fui alejado de la educación con una suspensión Oficial de dos semestres, a contar de marzo de 1974. Al solicitar una audiencia al Vicerrector Delegado, un Oficial Naval de apellido Quevedo, ante mi protesta, soy silenciado brutalmente diciéndome que bastaba pulsar un botón para que yo desapareciera, pues personas como nosotros jamás íbamos a volver a estar en la educación, ya que ellos se encargarían de eso. Esas palabras cambiaron completamente mi vida, por el profundo impacto y temor que generaron en mi interior; al punto que aun hoy no puedo vencer totalmente el oscuro vaticinio implícito en su amenaza. Desde esa época tuve que sobrevivir en trabajos como independiente”.

(SU).

Período 1990-2014: el proceso de estigmatización continúa.

Con el inicio de la transición, los medios de comunicación de masa pasaron de un rol activo basado en el emplazamiento directo y ofensivo de los estigmatizados, a un rol completamente invisible y soterrado. El fenómeno de farandulización dentro de los medios de comunicación (especialmente en la prensa y la televisión) dio la señal durante estos últimos 40 años que la dictadura había terminado. No hubo ninguna reivindicación moral a los miles de sobrevivientes, o a los asesinados y/o desaparecidos. El silenciamiento fue total. La llamada Transición, se hizo con un alto costo para los sobrevivientes y el país entero, manifestada en la llamada “Impunidad”.

Paz Rojas conceptualiza a la impunidad como una decisión social, un accionar, una práctica, que junto con negar una realidad concreta busca además no sancionar. Dejando como consecuencia, en la sociedad que la vive, la exterioridad alterada. Los parámetros de la realidad están alterados, distorsionados por el ocultamiento y el engaño, impidiendo la diferenciación entre aquél que no ha tenido falta y aquel que ha violado las reglas y merece sanción, gatillando entonces la pérdida no solo de la confianza, sino que también de la pérdida de los parámetro de aquello que es lo justo y lo injusto, pues es en éstos cimientos desde donde se construye la afectividad y los valores sociales.¹³

La poca cobertura e importancia de las propias Comisiones que fueron creadas por el Poder Ejecutivo para el estudio y conocimiento de la situación de violaciones a los derechos humanos, tanto en la difusión como en el recuento final, ha llevado a la sociedad chilena a distanciarse y perder el compromiso con la historia reciente. Esta condición se reforzó más en la conmemoración de los 40 años, en donde la morbosidad fue la tónica principal, exponiendo nuevamente a los sobrevivientes a una sensación de vulnerabilidad.

Nuestros usuarios lo expresan así:

“Me dio rabia la morbosidad de los medios, porque, nos dejan asociados al terror. ¿Por qué, mejor no nos preguntan cuáles eran nuestros proyectos políticos?... No me gusta que me reduzcan a ser víctima... soy más que eso”.

(MC).

“Los medios de comunicación no son nunca inocentes. Yo como periodista, sé que lo que está pasando es control social. El discurso del terror tiene como objetivo paralizarnos y recordarnos que si ‘nos volvemos a portal mal’ eso nos puede volver a pasar, sobretodo en éste contexto actual de movilizaciones sociales”.

(MO).

Esta forma manifiesta del actuar de la sociedad chilena, se puede entender como una nueva forma de discriminación. Volviendo al concepto del estigma, la discriminación es considerada como el efecto de éste proceso. El último tipo de discriminación, aquella que opera de un modo imperceptible, a través de la distancia social deseada, dejando a la persona en una sensación interna de devaluación (sintiéndose una persona menos digna) y produciendo una individualización de los problemas humanos³ ha sido la nueva forma de estigmatizar esta realidad.

Esta mutación de la violencia de Estado que persiste mediante la estigmatización solapada ha sido uno de los grandes obstáculos de la reparación. En el caso de la discriminación estructural, que se mantiene hasta el día de hoy, se refleja en políticas públicas, leyes y otras disposiciones prácticas de la vida social, sobre la base de las actitudes prevalentes y que, de forma más o menos intencionada o explícita, juegan un importante papel, tanto por sus repercusiones directas sobre las personas estigmatizadas como por su refuerzo general a todo el proceso³ y en esto los medios de comunicación de masas, no dejan de ser un factor importante a incidir en el decantamiento de la información. Los mitos creados por el proceso de la estigmatización, nos afectan todos los días, basta con hacer una pequeña lista de situaciones que atraviesan nuestro mundo local y vida moral. Por ejemplo en Chile rescatamos los siguientes mitos instaurados en nuestra cultura y que nos da cuenta del estigma que subyace: 1) no hablar de política por considerarlo de mala educación; 2) hablar de política llevará a una discusión agresiva; 3) si alguien en el trabajo o escuela defiende sus derechos, es entonces un comunista; 4) si una persona habla sobre dictadura significa que se quedó “pegado en el pasado”; entre otras.

Nuestros usuarios lo manifiestan a través de sus narraciones:

“Cuando asesinaron a mi hija, el 29 de Marzo de 1985, los medios de comunicación hicieron aparecer esto como un enfrentamiento. Yo me encontraba en el exilio y no me dejaron entrar al país. Lo mismo me paso tras el regreso de la “democracia”, pues seguía siendo estigmatizado como terrorista. Sólo años después pude ir al cementerio...”.
(LAS).

“Al volver la democracia en la década del 90’ quise reclamar mi título profesional, recibiendo un nuevo y definitivo golpe: mi nombre no existía en la nómina de integrantes del Seminario de Tesis. Había sido borrado intencionalmente en diciembre de 1974. Tal situación me afecto profundamente, con una fuerte depresión y desajustes que no supe identificar. Diversas dolencias somatizaban partes de mi cuerpo, cambiando constantemente de foco e intensidad. Graves situaciones y una conducta alterada

de mi parte amenazaron seriamente mi vida matrimonial con dos hijos pequeños.

Es mi peor etapa, la de mi claudicación, la de olvidar quien había sido. La dolorosa certeza de que no habría justicia. Todo había sido un largo sin sentido. No había tiempo ni restaban fuerzas. Había que pensar en la familia en los hijos y renunciar a todos mis sueños.

En el marco de celebración de los 40 años, la Carrera de Historia y Geografía de la Universidad de Playa Ancha, lanza una publicación con todas las tesis y memorias realizadas desde su fundación. El catedrático a cargo me ubica y me dice que hallaron mi tesis lo que oficializa mi existencia y prueba mi calidad de egresado. Nuevamente a la Universidad a los 60 años de vida a probar quien era y a reclamar el título profesional”.

(SU).

“Antes de jubilar y cuando sucedió el movimiento estudiantil de los pingüinos, el 2004 aproximadamente, en el liceo donde yo trabajaba como profesora, el director me llamo a su oficina, para preguntarme si yo había alentado a los alumnos a tomarse el colegio. Como él sabía que yo tenía antecedentes políticos... Me dio mucha rabia, yo no tenía nada que ver, pero me doy cuenta que pese a los años sigo siendo una subversiva”.

(AO).

Al entender el mecanismo de estigmatización social, en donde los medios de comunicación operan como control, por tener la fuerza de impactar en el mundo local y por ende en la vivencia moral del individuo, en su cotidianidad. Para los miembros del taller, se gesta la necesidad de ganar el espacio público, ese mundo local con el que interactuamos día a día, con el objetivo de romper no sólo con la invisibilidad de los sobrevivientes de Valparaíso, sino que también con una serie de mitos en torno a las personas que fueron sentenciadas por la dictadura que mediante el recurso de memoria histórica, pretende revertirla.

Taller de Memoria Histórica.

El Taller de Memoria Histórica tiene como objetivo re-escribir la historia local, a través de un lenguaje humano, que pueda penetrar en el ciudadano común, que con su conducta de distancia social creada, no sabe o no entiende que esta perpetuando la estigmatización de cientos de personas que son parte de la realidad en las cuales ellos también viven.

El taller se realiza desde septiembre del 2013 y tiene una duración de dos horas semanales. Las actividades se focalizan en la reivindicación de los ejecutados y/o detenidos desaparecidos, a través de la humanización de sus historias, buscando así que el ciudadano común tome

.....
consciencia de cómo esta realidad afecta a toda una sociedad, incluyéndolo a él mismo.

Los integrantes del taller son sobrevivientes de distintas militancias políticas y, ante esta situación y entendiendo que la impunidad ha logrado atomizar y sembrar la desconfianza entre los mismos sobrevivientes, el taller durante un mes fue dedicado a crear un sentido de colectivo, materializado en lo que denominamos “principios del grupo”, que tiene como objetivo establecer ciertas normas basadas en el respeto, el cuidado y la confianza, a fin de poder preservar el grupo.

Luego, en el mes de noviembre, se presentó la teoría del estigma social por parte de la psicóloga encargada del taller, a fin de que el colectivo logre una comprensión de este fenómeno en la perspectiva de estos 40 años. A través de los escritos autobiográficos, se logro materializar esta teoría en sus propios relatos. Este ejercicio sirvió para saber cómo operaba el mecanismo y cómo irrumpía éste en la cotidianidad de cada uno de los miembros del grupo, mediante pequeñas prácticas, pero que gatillaban en ellos sentimientos de auto-estigmatización. La reflexión de éste análisis se hizo de manera grupal y ayudó a generar mayor confianza e identidad grupal.

En diciembre, cada participante del taller expuso un análisis del desarrollo de la historia local en relación a los tres ejes temáticos: la unidad popular, el golpe de estado y la democracia, desde diferentes perspectivas y según sus experticias (por ejemplo, los profesores hablaros sobre el colegio de profesores). Esta exposición nos llevo a comprender de manera más profunda cómo se había gestado la historia local y qué procesos fueron más relevantes en el proceso de la estigmatización de las personas afectadas.

En enero del 2014, cada usuario eligió un caso de un detenido desaparecido o de un ejecutado de la zona, con el objetivo de conocer quién era y contribuir a la visibilidad de aquellos que ya no están. La elección de trabajar con los detenidos desaparecidos y ejecutados, fue consensuada de manera unánime, pues la mayoría señaló que eran “los más olvidados, entre los olvidados”. Al final de este trabajo, alrededor de abril del 2014, se realizará una actividad pública donde se mostrará a la comunidad a la que perteneció el detenido desaparecido o ejecutado político, mediante una jornada artístico cultural todo este trabajo de investigación sobre esa persona, para luego hacer un conversatorio entre los asistente respecto a la necesidad de romper con la conducta discriminatoria de la impunidad.

Nuestros usuarios lo manifiestan a través de sus narraciones:

“Han sido 40 largos años de continua lucha contra la injusticia y la arbitrariedad. He sido víctima de la violencia, de la revancha, de la denuncia y de la persecución política durante 40 años, el tiempo que dura una cadena perpetua.

La importancia cada día creciente del Taller PRAIS ha sido la de ayudarme a com-

prender el Sentido de Justicia que emana de una tardía titulación, acto que al mismo tiempo devuelve el sentido a la lucha... y a la existencia misma.

PRAIS le ha devuelto sentido a mi vida en muchos capítulos cerrados a mi propia comprensión. Me ha devuelto la capacidad de hallar sentido a mi vida junto a los míos, a mis hermanos, ausentes y presentes, que sufrieron tanto o mucho más que yo por las mismas causas”.

(SU).

“Tantos años y la estigmatización sigue presente... ahora como impunidad. ¿Cómo nuestros torturadores andan libres en este país? ¿Por qué nuestras vidas siempre atentadas? ¿Por qué para todo tenemos que esforzarnos más? ...En este taller he podido hablar y compartir con el resto, que vivió una situación parecida. Haremos lo posible para cambiar esta sociedad y nuestra imagen en ella...”.

(MC).

“A veces me siento culpable de estar vivo... pero con el taller me doy cuenta que la lucha sigue... si estoy vivo es para ser la voz de los olvidados, de los muertos y desaparecidos... nuestra lucha de la verdad es muy importante... sobre todo para las generaciones futura... tenemos que saldar la deuda, para que ellos elijan su propio destino”.

(L.A).

Tal como hemos descrito, esta es una experiencia en desarrollo, de la que hay que seguir investigando en torno al impacto en la comunidad intervenida, respecto a cómo la dictadura nos afecta y afecta como sociedad, pero donde la aplicación del Modelo de Estigma Social y Discriminación -tomado de su aplicación a personas con Trastornos Mentales Severos-, ha sido de gran utilidad y ha permitido dar un profundo sentido a las vivencias de las personas que han participado en este Taller de Memoria Histórica.

Para finalizar, queremos recordar unas palabras de Michelle Foucault: “ la tarea de decir la verdad es un trabajo sin fin: respetarla en su complejidad es una obligación de la que no puede zafarse ningún poder, salvo imponiendo el silencio de la servidumbre”.¹⁴

Bibliografía:

1. Servicio Salud Metropolitano Norte [fecha de acceso 2 de febrero de 2014]. Disponible en: <<http://www.ssmn.cl/prais.php>>
2. Lira E. Políticas de reparación: Chile 1990-2004. Chile: LOM; 2005.
3. Vázquez A, Stolkiner A. Procesos de estigma y exclusión en salud. Articulaciones entre estigmatización, derechos ciudadanos, uso de drogas y drogodependencia [en línea]. Argentina; Scielo; 2009. [fecha de acceso 2 de febrero de 2014] disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S185116862009000100028&script=sci_arttext>
4. López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio V. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatria 2008; 28 (101): 43 - 83.
5. Hsin Yang L, Kleinman A, Link B, Phelan J, Lee S, Good B. Cultura y stigma: La experiencia moral. Social Science and Medicine 2007; 64 (7): 4 - 15.
6. Villegas S, Soto H. Archivos secretos. Documentos desclasificados de la CIA. Chile: LOM; 1999.
7. Urtubia S. Uso de la tierra en el valle de Quillota, estudio comparativo años 1970-2010 [Tesis de Grado]. Valparaíso: Universidad de Playa Ancha; 2010.
8. Corvalán Luis. El gobierno de Salvador Allende. Chile: LOM; 2003.
9. Leal Buitrago F. La doctrina de Seguridad Nacional: Materialización de la guerra fría en América del Sur. Estudios Sociales 2003; 15: 74 - 87.
10. Agger I, Buus S. Trauma y cura en situaciones de Terrorismo de Estado. Inglaterra: Zed Editions; 1996.
11. CIPER. El rol de Agustín Edwards antes y después del 11 de septiembre de 1973. CIPER, Chile: 2013 [fecha de acceso 2 de febrero de 2014] disponible en: <<http://ciparchile.cl/2013/09/10/el-rol-de-agustin-edwards-antes-y-despues-del-11-de-septiembre-de-1973>>
12. Brinkmann Beatriz, Trauma Psicosocial: Justicia es Salud [en línea]. Chile; CINTRAS; 2006. [Fecha de acceso 2 de febrero de 2014] disponible en: <<http://www.cintras.org/publicaciones.htm>>
13. CODEPU .Persona, Estado, Poder: Estudio Sobre Salud Mental. Chile: CODEPU; 1996.
14. Sutton S. La exclusión social y el silencio discursivo. Ibero fórum 2006; 2: 1 - 9.

Estigma y desarrollo de un taller de memoria histórica en personas que fueron víctimas de la represión política en Chile.

IMPLEMENTANDO INTERVENCIONES COMUNITARIAS BASADAS EN LA EVIDENCIA, PARA EL TRATAMIENTO DE PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES SEVERAS.

Autores:

Julio Armijo.

Médico-Psiquiatra.

Hospital Psiquiátrico José Horwitz Barak. Universidad de Santiago de Chile.

E-mail: julio.armijo@gmail.com

Rubén Alvarado.

Médico-Psiquiatra. Magister en Salud Pública.

PhD en Psiquiatría y Cuidados Comunitarios.

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

E-mail: ralvarado@med.uchile.cl

Agradezco a Sandra Fagundes y Marília Slveira por su amable revisión y valiosa enseñanza.

Implementando intervenciones comunitarias basadas en la evidencia,
para el tratamiento de personas con enfermedades mentales severas.

Introducción.

Hablar de comunidad y psiquiatría es hablar de una historia larga, ya de varias décadas de encuentros y desencuentros entre el campo de la psiquiatría y los propulsores de la salud mental en la comunidad.

Desde las perspectivas revolucionarias de Basaglia en Italia con el cierre de todos los Hospitales Psiquiátricos - experimento que en los demás países europeos no han reproducido -, hasta la promulgación de leyes de reforma psiquiátrica en América Latina (tales como la Ley 10.126 en Brasil en el año 2001, o la Ley 26.657 en Argentina en el año 2010), se ha recorrido un largo camino de trabajo y pensamiento con un fuerte cuerpo teórico de respaldo (entre los que podemos destacar a Foucault, Deleuze, Guatarri, entre otros) cuya presentación in extenso no es el objetivo de este texto.

Por otro lado, es importante reconocer los avances que la psicopatología, la neurobiología, la psicofarmacología y la medicina basada en la evidencia han aportado a la comprensión y tratamiento de las personas con enfermedades mentales severas.

Por eso, hemos querido articular en el presente texto el concepto de comunidad (en especial el desarrollado por el sociólogo Zygmunt Bauman) con algunos otros conceptos teóricos en el campo de la esquizofrenia y de la psiquiatría moderna, bajo la finalidad de buscar la aplicación de intervenciones efectivas para el tratamiento y acompañamiento de personas con este tipo de enfermedades en la comunidad y así promover el desarrollo de políticas públicas que incluyan intervenciones comunitarias para personas con estas dolencias.

El presente capítulo no tiene como pretensión abarcar todas las posibles perspectivas en cuanto a lo que estos conceptos se refieren, sino que muy por el contrario construir un plano de discusión dialéctica en el cual los lectores se puedan ver interpelados en su forma de “mirar” a las personas que viven con una enfermedad mental severa. La vinculación de estos conceptos al abordaje situacional de los usuarios de los sistemas sanitarios en salud mental permitirá entender en forma comprensiva la importancia de estas intervenciones comunitarias, poniendo como eje central el acompañamiento terapéutico de nuestros usuarios.

Comunidad, protección y autonomía.

El sociólogo polaco Zygmunt Bauman nos interpela acerca del concepto de comunidad, cuando al señalar al comienzo de su libro “Comunidad: en busca de seguridad en un mundo hostil”¹ que el concepto de comunidad sugiere la sensación de una cosa buena: “tener una comunidad” o “estar en una comunidad” se entiende - desde el sentido común - como un lugar cálido, cómodo, confortable. En ese sentido, la comunidad parece ser un tipo de vida idealizado que lamentablemente no está a nuestro alcance, pero en el cual nos gustaría vivir

.....
y esperamos poseer. Sin embargo, Bauman problematiza esta idealización:

“Una colectividad que pretende ser una comunidad encarnada, un sueño realizado y (en nombre de todo el bien que se supone esa comunidad ofrece) exige lealtad incondicional y trata a todo a aquel que se encuentre más allá de esta lealtad como un acto de imperdonable traición. La comunidad realmente existente, si nos hallásemos a su alcance, exigiría rigurosa obediencia a cambio de los servicios que presta o promete prestar.”¹

Más allá de las idealizaciones, podemos concluir que hay un precio a pagar por el privilegio de vivir en comunidad, es el precio que yo pago en forma de libertad, también llamada “autonomía”, “derecho a auto-afirmación”, “identidad”, etc. Si se escoge uno, se pierde un poco del otro, pues no tener comunidad significa no tener protección, pero alcanzar la comunidad podría significar perder libertades. No seríamos humanos sin seguridad y sin libertad, y no podemos tener las dos al mismo tiempo en ambas cantidades que quisiéramos. Sin embargo, esta no sería una razón suficiente para que dejemos de intentar construir comunidades.¹

Por eso, la construcción de una comunidad real, no idealizada, debe ponderar ambas variables en cantidades equilibradas, a saber : protección y autonomía, so pena de caer en autoritarismos excesivos con el pretexto de brindar protección (por ejemplo, el cuidado que se brinda bajo el concepto de “institución total” introducido por Goffman²) o en negligencias respecto a la producción del cuidado (como podría ser la implementación de técnicas que no cuentan con evidencia científica o narrativa, o para la cuales se carece de experiencia adecuada en otros territorios, o bien, por no poner a prueba los resultados de dichas intervenciones para conocer su eficacia).

En ese sentido, la idea no es des-incentivar la creatividad para el desarrollo de intervenciones basadas en la comunidad, ya que la pura repetición o copia equivale a retirar del discurso y de la práctica aquellos que es exactamente lo que le da sentido: el deseo, la voluntad y el conflicto.³

Comunidad, comunicación y cuidado.

Según Bauman, la comunidad moderna se caracteriza por la existencia de un entendimiento compartido por todos sus miembros, que es de tipo natural y tácito.¹ Esto no se refiere a una consecuencia que es producto de negociaciones prolongadas en el “aquí y ahora”, sino que a un entendimiento “pre-ontológico”⁴, puesto que el entendimiento elaborado y alcanzado en negociaciones previas en la comunidad puede resultar en un acuerdo que, si ha sido mantenido diariamente por sus miembros, puede tornarse un hábito que no requiere ser repensado

.....
y mucho menos monitorizado o controlado. En otras palabras, la comunidad nos pre-existe. Este entendimiento esta ya completo y listo para ser usado, de tal manera que lo entendemos sin palabras y nunca precisamos preguntar “qué es lo que quieres decir?”, precediendo así a todos los acuerdos y desacuerdos. Es al mismo tiempo el punto de partida de toda unión, otorgando de esta forma “un sentimiento recíproco y vinculante”.¹

Vale entonces reflexionar respecto de hasta qué punto las personas con enfermedades mentales severas, que muchas veces se ven menoscabadas en su “entendimiento sin palabras”, producto de sus dificultades en los aspectos conativos de la comunicación o debido a alteraciones en la denominada “cognición social”⁵, pueden verse envueltas en formas de comunicación patológicas respecto de la forma en que se entregan los cuidados sanitarios y sociales.

Gregory Bateson, en su trabajo «Toward a Theory of Schizophrenia»⁶, señaló que algunas de las características esenciales de la interacción que acontece con los pacientes con esquizofrenia pueden clasificarse como una dinámica denominada «doble vínculo», que está caracterizada por la presencia de: 1) una relación entre dos o más personas, que posee un gran valor para la supervivencia física y/o psicológica de ellos (ej.: interacción parento-filial, situación terapéutica), 2) un mensaje estructurado de forma que afirma algo, a la vez que afirma algo acerca de su propia afirmación (meta-comunicación) y ambas afirmaciones son mutuamente excluyentes (un ejemplo de mensaje paradójico sería el siguiente: “no lea este texto”), 3) se impide al receptor evadir el marco establecido por el mensaje, meta-comunicando sobre él (comentando) o retrayéndose. Esto último quiere decir que está atrapado en esa relación y en ese tipo de comunicación. Así, el receptor no puede dejar de reaccionar a él, pero tampoco puede reaccionar en forma apropiada (no paradójica), lo cual suele estar determinada por la prohibición más o menos explícita de manifestar que se tiene conciencia de la contradicción.

Según Bateson, este es un patrón interaccional, no unidireccional: si un doble vínculo da lugar a una conducta paradójica, entonces esta misma conducta crea un doble vínculo para quien lo estableció. Una vez que dicho patrón ha comenzado a actuar exhibe una cualidad del tipo círculo vicioso.⁷

Si pensamos en la entrega de cuidados en términos de comunicación, podemos realizar la analogía de que cuando realizamos el manejo de los pacientes con esquizofrenia fuera de sus territorios y los alejamos de su comunidad, estamos ofreciendo tratamientos que los alejan de sus vínculos significativos con la realidad (espacio físico, familia, intereses personales, comunidad, etc.), aunque nuestro objetivo sea mejorar su vinculación con la realidad, la cual asumimos que está alterada por la psicosis (delirios, alucinaciones). Es interesante hacer notar que esta dinámica parece cumplir con los tres criterios de un “doble vínculo”, ya que existe

una relación de valor para la supervivencia física-psicológica del paciente (la relación terapéutica), se le entrega al paciente un mensaje paradójico (“lo vincularemos más a la realidad, alejándolo de sus vínculos con ella”) y no se le permite hacer una meta-comunicación sobre esto (ya que en muchas ocasiones las internaciones son compulsorias – no se puede retraer-, o no se le permite a la persona comunicar respecto al significado de su hospitalización). Con esto, no nos estamos oponiendo a la hospitalización psiquiátrica, sino que queremos mostrar y destacar que la situación que construimos con una finalidad terapéutica, puede verse enmarcada en formas de comunicación patológicas, poniendo en peligro el discreto equilibrio entre protección y autonomía.

Como señalamos, nuestra intención no es oponerse a la hospitalización psiquiátrica, ya que como herramienta terapéutica puede ser útil y necesaria. Lo que queremos es señalar la importancia de dar al paciente la posibilidad de entrar en un plano de meta-comunicación respecto a la indicación de hospitalización, ya sea permitiéndole dar sus argumentos de porque no quiere estar hospitalizado o conversando con él y su familia la indicación de hospitalizar. Y de esta forma, queremos poner énfasis en preservar los vínculos significativos con la realidad del paciente (tales como la familia, los hobbies, los estudios, los intereses, etc.) durante su hospitalización. Asimismo, reducir el tiempo de esta hospitalización al mínimo que sea necesario, en especial para quienes pasan hospitalizados mucho tiempo, los llamados “heavy users” (el 10% de los pacientes que son más frecuentemente hospitalizados en un determinado periodo de tiempo),⁸ a través de la implementación de intervenciones eficaces en la comunidad (planificación e intervención de crisis, grupos psicoeducativos, tratamiento asertivo comunitario, manejo intensivo de casos, psicoterapia, rehabilitación cognitiva y social, terapia de familia, terapia para fomentar adherencia, entre muchas otras).⁹

A su vez, también creemos que hay que reparar el proceso de deculturización que sufren los pacientes con institucionalización prolongada, mediante integración a la población organizada en tareas de gestión (consultorías, capacitación de líderes comunitarios) y intervenciones reparativas (casas y talleres protegidos, sistemas de tratamiento a domicilio, equipos de psiquiatría volante, centros de hospitalización breve y parcial-diurna y nocturna, servicios de atención ambulatoria y de urgencia).

Comunidad y Red Social.

El concepto de “pequeña comunidad” citado por Bauman se define como un modelo ideal de comunidad caracterizado por 3 elementos: distinción, pequeñez y autosuficiencia.

La pequeña comunidad es distinta de otros agrupamientos humanos, es decir, es visible donde la comunidad comienza y donde termina. La comunidad es pequeña, al punto de estar

.....
a la vista todos sus miembros y dado que la comunicación entre los que están dentro de la comunidad alcanza todo, coloca a las señales que esporádicamente llegan desde afuera en desventaja, en razón de su relativa rareza, superficialidad y transitoriedad. Finalmente, la pequeña comunidad es autosuficiente en cuanto ofrece todas las actividades y atiende todas las necesidades de las personas que son parte de ella.¹ Este concepto es ilustrativo puesto que en algunos aspectos y tal vez en forma parcial, las comunidades a las cuales pertenecemos y pertenecen nuestros pacientes (barrio, comuna, sector, pueblo, ciudad, región, país, continente, universidad, etc.) continúan comportándose de acuerdo a algunas de estas características y podemos sacar provecho de ello en el manejo de los pacientes dentro del territorio donde viven.

Quizás, algunas de las características señaladas pudieran ser criticadas, sobre todo por el hecho que hemos llegado a construir sociedades complejas y altamente entrelazadas, donde una comunidad difícilmente puede llegar a ser autosuficiente en cuanto a la satisfacción de la totalidad de las necesidades de sus miembros, más aún cuando el flujo de individuos y de información entre comunidades es cada vez mayor, producto de los avances de las tecnologías de la comunicación y en el transporte.

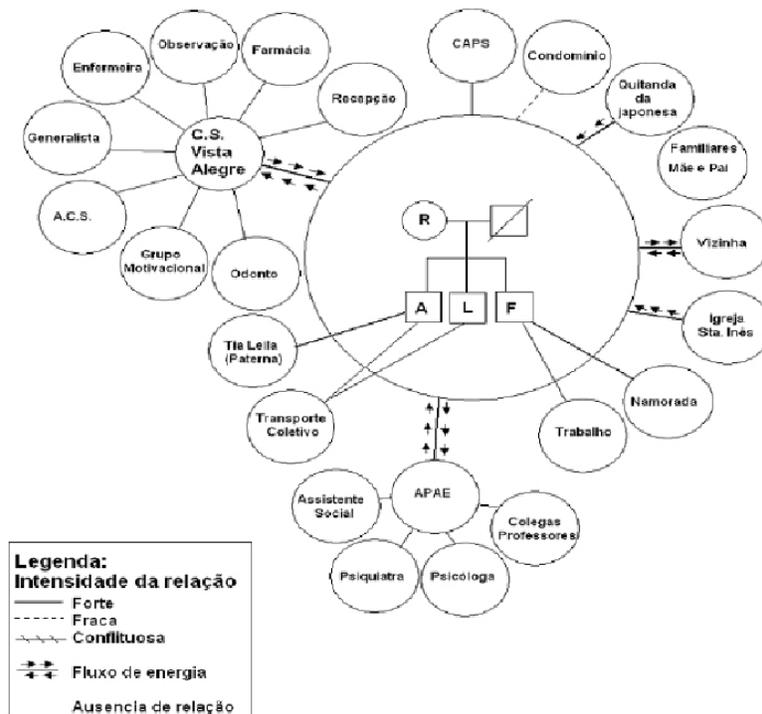
En concordancia con lo anterior, nos parece importante introducir un interesante aporte que realizó la teoría de redes a los fenómenos sociales, a saber, el concepto de “small world network”. Este concepto hace alusión a redes con un alto nivel de agrupación de sus puntos nodales (clustering) y a su vez una corta distancia total entre los nodos al graficarlos (en términos de distancia promedio de los nodos, al compararlos con un gráfico de red “regular” o “randomizado”). Estas características topológicas son propias de las redes sociales en la actualidad (por ej.: las redes sociales en internet).¹⁰ Este concepto nos permite ampliar la visión de comunidad, no solo a la idea de la pequeña comunidad en el territorio, sino que incluir la importancia de otras redes sociales en torno al paciente.

¿Porqué pensar en cómo está constituida la estructura de la comunidad que rodea a nuestros paciente? Puesto que una de las perspectivas actuales respecto al conocimiento del proceso de relación de las personas con diagnóstico de esquizofrenia con sus comunidades ha sido la descripción de alteraciones en la “cognición social”, definida como la suma de procesos que permiten a individuos de una misma especie interactuar unos con otros. Este proceso incluye la comprensión de las emociones, intenciones y acciones de otras personas y el actuar en escenarios sociales. Las alteraciones en la cognición social parecen ser estables a lo largo de la evolución de esta enfermedad (problemas para participar en escenarios sociales y desarrollar relaciones interpersonales) e incluso, estas alteraciones parecen preceder el inicio de la enfermedad.

Es posible esquematizar las habilidades sociales en cuatro áreas: procesamiento emocional (involucra la capacidad de percibir estímulos socio-emocionales y el uso adaptativo de emociones evocados por ellos), percepción social (habilidad de identificar roles, reglas, contexto), estilo de atribución (la manera en que una persona tiende a inferir la causa de un evento particular), mentalización (habilidad para inferir, implícita o explícitamente, las intenciones, disposiciones y creencias de otros). Algunos metanálisis han relacionado estas funciones con la actividad de la corteza prefrontal medial. A su vez, varios estudios han demostrado que el deterioro en las actividades de la vida diaria de pacientes con esquizofrenia están relacionados tanto con alteraciones de la cognición social como no-social (atención, memoria, planificación). Sin embargo, la cognición social parece tener un efecto mediador entre la neuro-cognición y los resultados funcionales en el “mundo real”.⁵

La integración de los tres conceptos anteriormente mencionados, permite considerar los aspectos de la comunidad y red social del paciente como potencialidades con las que trabajar al introducir la aplicación clínica de “eco mapas” en el abordaje de los pacientes con esquizofrenia. El eco mapa (fig.1) corresponde a una representación gráfica de las ligazones de una familia o individuo a las personas y estructuras sociales del medio en que habita, evaluando: 1) fuerza de enlace, 2) impacto del enlace, 3) calidad del enlace y flujo de información. Es el equivalente al genograma de la dinámica familiar, pero aplicado a la estructura social.¹¹ La elaboración de estos mapas de relaciones sociales es una forma gráfica de representar las redes del individuo en su “pequeña comunidad” y más allá de ella, permitiendo a los clínicos evaluar el estado de sus relaciones sociales y trabajar en fortalecer aquellos vínculos alterados como consecuencia natural de las dificultades producidas por la enfermedad o debido a causas externas de carácter sistémico o social. A su vez, permite al clínico desempeñar su papel de gestor para fortalecer la articulación del individuo, tanto con la red de atención básica de salud como con la red de salud mental, al igual que fomentar los lazos de articulación intersectorial (educación, seguridad social, etc.). Desde el punto de vista de la atención de crisis, el conocimiento de la red social aporta al manejo de la crisis en el territorio, por cuanto posibilita trabajar con la familia durante la crisis (por ej.: programas de atención domiciliaria), fomentar redes de apoyo para el periodo post-crisis y detección precoz de nuevos episodios, responsabilizar a los equipos de salud básica en intervenciones conjuntas con los servicios de salud mental y planificar el manejo de crisis con el usuario a lo largo de su seguimiento.¹¹ En la figura 1 se muestra un ejemplo de un eco-mapa de una persona viviendo con una enfermedad mental.

FIGURA I
EJEMPLO DE UN ECO-MAPA DE UNA FAMILIA DE UNA PERSONA CON ENFERMEDAD MENTAL.¹¹



La experiencia de los CAPS en Brasil.

En Brasil, gran parte de estas tareas son realizadas por los equipos de los Centro de Atención Psicosocial (CAPS), cuyas funciones son: la atención clínica, la articulación de la red intersectorial, “matriciamiento”^{*} de equipos de atención primaria/urgencia/hospitales, atención de situaciones de crisis en el territorio, atención de reducción de daños en personas usuarias de drogas y fortalecimiento del protagonismo de los usuarios en su propio tratamiento. Los CAPS son estructurados de manera que dividen su atención en CAPS-AD (alcohol y drogas), CAPS-I (infancia y adolescencia) y CAPS generales, los que a su vez se dividen en grados I, II y III, según el nivel de complejidad de la atención y de los equipos, contando estos últimos con atención las 24 horas del día.

La implementación de los CAPS, que se diferencian de los centros de atención ambulatoria, de los hospitales de día y de los hogares protegidos, por las funciones que ellos realizan, ha constituido un gran paso en la política de ese país para la atención en salud mental. Hoy

^{*} “Matriciamiento” es un concepto que se refiere a dar un soporte técnico en la conducción del cuidado en salud mental, a través de la discusión de casos y del proceso de trabajo, con atención compartida, acciones intersectoriales en el territorio, cogestión y la asunción de responsabilidades conjuntas en los planes terapéuticos específicos para una persona.

.....
por hoy, Brasil se encuentra en un periodo de fortalecimiento de su red y del trabajo intersectorial, entre los componentes del sistema de atención de salud mental comunitaria y las políticas sociales, educacionales, judiciales, de seguridad social, de minorías étnicas y de enfermedades como HIV/SIDA.

Comunidad e Identidad.

Otro aspecto que colinda con el concepto de comunidad es el concepto de identidad-autonomía, por cuanto la comunidad puede ser o no fuente de identidad. Bauman plantea que en nuestro mundo contemporáneo la identidad pretende ser una especie de “substituta de la comunidad”, como si la reemplazara en sus funciones.

“Hombres y mujeres buscan grupos a los que puedan pertenecer, con certeza y para siempre en un mundo en el que todo se mueve, se disloca, en que nada es seguro”.¹

Sin embargo, estos grupos no constituyen verdaderas formas de comunidad, son “comunidades gancho”, donde debido a la vulnerabilidad de las identidades personales y la precariedad de la solitaria construcción de identidad, los individuos pueden “colgar” en conjunto sus miedos y ansiedades individualmente experimentadas. Otro tipo de pseudocomunidades que buscan proporcionar un tipo de identidad transitoria son las “comunidades cercadas” (Bauman utiliza como ejemplo la “nueva elite global cosmopolita- globalizada”, que en cierto sentido habita en una burbuja sociocultural, aislada de las diferencias más ásperas entre diferentes culturas). La irrelevancia del lugar es una condición enteramente fuera del alcance de las personas comunes (los nativos), mientras que la característica principal de estas “comunidades cercadas” es precisamente la uniformidad de los pasatiempos y la semejanza global de los alojamientos, constituyéndose cerradas a la posibilidad del encuentro con un extranjero genuino y de enfrentar el genuino desafío cultural.

Es importante hacer notar que identidad significa estar presente y al mismo tiempo ser diferente, y a través de esa diferencia llegar a ocupar un espacio propio, ser singular. La paradoja es que para ofrecer un mínimo de seguridad, la identidad debe traicionar su origen de ser “apenas un sustituto de la comunidad” y necesita invocar el fantasma de la comunidad a la cual pretende sustituir.¹ En ese sentido la comunidad es fuente de identidad y esa identidad se encuentra en el propio territorio.

La singularidad de los procesos identitarios y del proceso de construcción de subjetividad en la comunidad, es abordada por Emerson Merhy mediante la introducción del concepto de “territorios existenciales”. Citando a Rolnik¹², menciona los procesos de formación y deconstrucción de territorios, entendiéndolos como “territorios existenciales”, es decir, aquello que

.....
cada uno tiene dentro y que define su forma de significar e interactuar con el mundo (nacionalidad, profesión, religión, familia, etc.). Ese actuar ante la vida es singular, o sea, de cada uno y por eso mismo es múltiple, pues tenemos siempre tantos mundos como aquellos que lo habitan.¹³ Los territorios identitarios se refieren a construcciones culturales con los cuales el individuo se identifica a sí mismo o es identificado por los demás, y a partir de los cuales construye su accionar en el mundo y su relación con los otros.

La producción subjetiva de la realidad social se da a través de movimientos de des-territorialización y re-territorialización de los propios sujetos que producen lo cotidiano: el funcionamiento social. En ese proceso, los sujetos operan cada movimiento con intensidades diferentes, pudiendo des-territorializarse, lo que significa romper con el lugar de origen y por lo tanto adoptar nuevos territorios existenciales, una nueva ética y políticamente identificados con la producción de una nueva realidad social. Por otro lado, pueden no completar el movimiento de des-territorialización, retornando al lugar de origen y así no producir cambios sociales, eternizando un estatus conservador de funcionamiento social.¹³ Esta es la manera en que se articula identidad y comunidad: el individuo va en forma constante des-territorializándose de su identidad comunitaria e identificándose con una nueva realidad social, pero a su vez puede volver a la anterior, en un proceso constante ir y venir, construir y deconstruir. En este sentido el concepto de “territorio existencial” se diferencia de los “sustitutos de la comunidad”, (las “comunidades gancho” transitorias y de las “comunidades cercadas”) que no admiten las diferencias.

El concepto de “territorio existencial” (o de territorio identitario) admite la singularidad y la diferencia de pertenecer a una determinada comunidad, otorgando la seguridad de pertenecer a ella, pero a su vez propulsa la idea de des-territorializarse para promover la construcción de una nueva realidad social, admitiendo las diferencias culturales de modo que no se vive en una “burbuja sociocultural”.

Es así que los territorios existenciales pueden ser zonas “de peligro” cuando se tornan territorios fijos que limitan las diferencias. Pensemos por ejemplo en el estigma de la enfermedad mental como territorio existencial fijo. Recientes estudios han demostrado peores resultados funcionales en pacientes con enfermedades mentales severas (como trastorno bipolar o esquizofrenia) y mayores índices de estigmatización.^{14,15} Así mismo, se ha encontrado en algunos estudios que las personas con esquizofrenia tienden a reportar mayores índices de estigmatización hacia sí mismos o auto-estigma¹⁶, por la sociedad^{17,18} e incluso por los propios psiquiatras¹⁹, que lo observado para otras dolencias psiquiátricas.

A su vez los “territorios existenciales” pueden ser espacios “en peligro”, por ejemplo en los momentos de crisis. Las crisis pueden constituir espacios para construcción de nuevos

territorios identitarios en un sentido positivo (pensemos por ejemplo en la posibilidad de mejorar los vínculos parento-filiales o con su comunidad tras una crisis en una persona con esquizofrenia) o negativo, constituyendo en este caso formas de des-territorialización que enajenan al individuo de su espacio de identidad (como se da en las situaciones y prácticas de la institucionalización prolongada).

De esta manera nuestra labor es planificar e implementar intervenciones que permitan resolver los momentos de crisis para la construcción positiva de nuevos territorios identitarios que promuevan la construcción de una nueva realidad social en el individuo con una enfermedad mental severa. Esto lo lograremos a través de intervenciones en que se permite el abordaje de aspectos importantes de la vida del paciente (como pueden serlo algunos potenciales desencadenantes de crisis o la propia medicación), en torno a su territorio existencial, preservando la autonomía del paciente.

Y por eso es importante recordar que dentro de la subjetividad de la persona se producen nuevos “territorios existenciales”, y que esto posibilita la invención de nuevos mundos, en un proceso simultáneo con la re-inventoría de sí mismo.

Introduciendo tratamientos comunitarios basados en la evidencia, para personas con enfermedades mentales severas.

En base a lo planteado anteriormente, queremos describir con mayor profundidad dos intervenciones que están siendo investigadas y, a su vez puestas en práctica, en el contexto de algunos países de Latinoamérica. Pensamos que ellas cumplen con la idea de ponderar un adecuado equilibrio entre protección-autonomía, favorecen la comunicación sana con pacientes con enfermedad mental severa, promueven el desarrollo de sus redes sociales y fortalecen el sentido de identidad del individuo.

Ambas son fruto de investigaciones multicéntricas, colaborativas entre universidades de USA, Canadá y de América del Sur. La primera se llama Critical Time Intervention – Task Shifting (CTI-TS), desarrollada dentro del campo disciplinario de la psiquiatría social, y la segunda corresponde a la “Guia de Gestão Autônoma da Medicação” (GAM), con un enfoque de investigación participativa, basado en narrativas, y que tiene como marco disciplinario la psicología social.

Critical Time Intervention – Task Shifting (CTI-TS).

Estados Unidos comenzó a vaciar su amplio sistema de asilos psiquiátricos en los años 60'. La transición hacia un sistema de cuidados basado en la comunidad redujo la población institucionalizada a más de un 90% en 1994. Sin embargo los recursos de atención en la co-

.....
munidad fallaron en satisfacer la demanda (tal como sucedió en muchas partes del mundo), con un aumento del número de personas viviendo en situación de calle (“homeless”) y un aumento de la afluencia de personas con enfermedad mental en cárceles y prisiones.²⁰ Esto se ha llamado una “deshospitalización” o una “transinstitucionalización” (sólo un cambio de lugar geográfico donde se habita, sin variar la red de relaciones sociales de la persona), más que una verdadera “desinstitucionalización”.^{21,22} En la década de los 90’, Susser et. al, estimaron que la prevalencia de “homeless” en 377 pacientes egresados del New York State Mental Hospital era de 19% a 3 meses, 25% a 3 años y 28 % a lo largo de la vida.²³

Es en ese contexto, en el cual se había estimado que las personas con enfermedades mentales severas tenían un riesgo de entre 25 y 50% de transformarse en homeless (lo cual es 10-20 veces mayor que la población general), sumado a la experiencia de tener grandes residencias transitorias para personas viviendo en la calle, donde se desarrolla la intervención denominada “Critical Time Intervention” (CTI). Esta fue diseñada para prevenir el fenómeno de los ‘homeless’, mejorando la continuidad de cuidados de los individuos dados de alta desde instituciones psiquiátricas hacia la comunidad, creando un puente entre el cuidado institucional y el comunitario, bajo la concepción de que los primeros meses post-hospitalización constituyen un “periodo o tiempo crítico”, en el cual las relaciones con la red social formal e informal son muy frágiles, se negocian las obligaciones mutuas entre el individuo y sus cuidadores, todo lo cual puede aumentar el riesgo de una recaída psicótica o de vivir en condiciones de calle.

En el primer estudio que se efectuó, la intervención incluyó 96 pacientes con enfermedades mentales severas, como esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, siendo la mayoría de origen afroamericanos (79%) o latinos, que eran derivados a hogares protegidos o departamentos individuales, con importantes comorbilidades como consumo de drogas, HIV, tuberculosis. La intervención demostró reducir el número promedio de noches viviendo en situación de calle, a los 18 meses de seguimiento.²⁴ No obstante, CTI no sólo mostró resultados positivos respecto a esta variable, sino que más adelante se reportaron mejorías en la psicopatología, en especial en la sintomatología negativa.²⁵ Estudios posteriores han demostrado su costo-efectividad²⁶ y el modelo de intervención se ha sido aplicado a nuevas situaciones de cambio en la vida de personas, tales como la salida de la cárcel o el regreso de combatientes en situaciones de guerra.^{27,28}

La intervención fue evolucionando hacia una forma de asegurar la continuidad de cuidados durante la transición desde la institución psiquiátrica a la comunidad, y una metodología de manejar potenciales situaciones problemáticas que pueden generar crisis en el paciente.

CTI consiste en una intervención que cuenta con dos componentes principales: 1) el forta-

.....
lecimiento de lazos de largo plazo con redes de servicio formales e informales en la comunidad (servicios, clubes, familia y amigos); y 2) proveer soporte emocional y práctico durante el periodo crítico de transición.

CTI comienza con la elaboración de un plan para cada paciente, enfocado en áreas específicas de potencial conflicto y/o discontinuidad de los cuidados, tales como el uso de los medicamentos, el consumo de drogas, la inserción en organizaciones comunitarias, el manejo de aspectos específicos de la vida cotidiana (el dinero, la compañía, etc.), así como el rol y las relaciones de la persona dentro de su familia.

Cada persona entra en relación con un trabajador que ha sido especialmente entrenado para utilizar CTI, confeccionar y ejecutar este plan. Este trabajador no requiere ser un profesional o tener un grado académico, sino que basta con un entrenamiento especial y la supervisión periódica. Esto último está a cargo de un profesional, quien supervisa a un grupo de estos trabajadores, en forma semanal.

Aunque es posible que los primeros contactos con el paciente se realicen mientras está hospitalizado, todo el resto de las actividades de CTI se realizan en la comunidad, el lugar donde vive cotidianamente el paciente. El trabajador de CTI visita al paciente en su residencia, comparte con la familia, lo apoya en retomar sus contactos sociales, etc.

CTI es una intervención semi-estructurada y de tiempo limitado. Se espera que al inicio se realice la planificación, se determinen las áreas prioritarias de trabajo y se comience a avanzar en esto. Con el tiempo, el trabajador de CTI va tomando distancia, motiva al paciente y sus cuidadores para que sigan con las acciones planificadas, mientras él supervisa esto a través de contactos cada vez más distanciados o en forma telefónica. Se busca incentivar la autonomía de las personas y evitar el desarrollo de vínculos de dependencia. En general, las actividades se organizan en tres etapas²⁴:

• La primera acontece entre los meses 1 y 3: el trabajador de CTI visita a la persona en su casa y conoce todo su entorno familiar y comunitario; se realiza en conjunto el plan de trabajo (que incluye el diagnóstico del eco-mapa de la persona), se priorizan una o dos áreas para trabajar, se fijan las tareas y los plazos, se negocian las “reglas del juego” de esta relación, y se establece un “plan de crisis” por si el paciente tuviera algún problema. Este plan incluye las acciones que debe tomar el paciente, sus cuidadores y el equipo del centro de salud mental donde recibe sus cuidados.

- La segunda etapa transcurre entre los meses 4 y 6: corresponde a la fase de prueba, donde el trabajador de CTI supervisa las actividades acordadas con el paciente y su familia, mientras comienza a retirarse en forma progresiva.
- La última etapa, entre los 7 y 9 meses, es la fase de termino de la intervención, en la

cual el trabajador de CTI mantiene contactos telefónicos, supervisando el cumplimiento de las tareas y asegurando que los cambios obtenidos puedan perdurar en el tiempo. La intervención finaliza con una actividad, donde el trabajador CTI reconoce los logros de la persona, y de esta forma se reafirma las capacidades y la autonomía de la persona sobre su vida.

Recientemente, se ha creado una red colaborativa entre diferentes instituciones académicas y de servicios de salud mental, con la participación de varios países de América, conocida como RedeAmericas, patrocinada por la Unidad de Salud Mental Global del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de USA. En esta red participan profesionales e investigadores de diferentes instituciones: Columbia University (U.S.A.), Universidad de Chile (Chile), Universidad Federal de Río de Janeiro (Brasil), Universidad Nacional de Córdoba (Argentina), Hospital José Tiburcio Borda (Argentina), Instituto Austral de Salud Mental (Argentina) y la Universidad de Antioquía (Colombia).

CTI-TS incorpora tres novedades. La primera es la incorporación de un “par” (persona que vivió la experiencia de un episodio psicótico previamente), el cual junto con el trabajador de CTI conforman una “dupla terapéutica”, donde ambos cumplen roles diferentes, pero igualmente importantes. La segunda corresponde a la incorporación de una perspectiva de “recovery” dentro del modelo de intervención, lo que implica asumir que la experiencia de haber vivido un episodio psicótico para ser aprovechado para obtener nuevas experiencias y aprendizajes en la vida. Ambos aspectos, están basados en la noción de que las personas que han enfrentado algún tipo de adversidad en forma exitosa pueden ser útiles como fuente de apoyo, estímulo y esperanza para otras personas que experimentan situaciones similares (principio que ha sido ampliamente aceptado en el tratamiento de personas con adicciones, pero que aún es novedoso en el campo de las enfermedades mentales severas).

La tercera innovación corresponde al concepto de “task-shifting”, que se refiere a la introducción de trabajadores comunitarios de salud o de otros tipos de proveedores de servicios básicos, con niveles de educación considerablemente más bajos que un especialista, lo que constituye una forma de delegar funciones en forma escalonada. Esta propuesta no sólo tiene ventajas económicas, haciéndola más factible para países con menos recursos, sino también que la hace más viable por razones sociales y culturales. En el fondo, existe una perspectiva que rompe con el modelo tradicional que sitúa toda la expertís y competencia terapéutica en los profesionales, para poner el acento en el desarrollo de relaciones de ayuda y de apoyo, más simétricas, que son ofrecidas por personas con quienes se comparten muchos más ámbitos culturales y comunitarios.

Una revisión realizada por Stantsy pone en evidencia que el apoyo de pares se ha converti-

do en un elemento importante en el campo de la salud mental, tanto en el manejo de las crisis (ya sea en el setting de emergencia tradicional, en unidades de internación u otras alternativas), en la transición hospital-comunidad, en el primer episodio psicótico, en situaciones de secuelas de catástrofes naturales, entre otras. Para el subgrupo que está saliendo del hospital, el trabajo apoyado por pares puede servir como modelo para los pacientes de como atravesar el momento de crisis y de los ajustes necesarios para reintegrarse a la comunidad, a través de sus propios ejemplos, promoviendo estrategias de autoayuda /afrentamiento y apoyando una participación más efectiva en los servicios de salud mental de la comunidad.²⁹

Guía de Gestión Autónoma de Medicación (GAM).

La institucionalización es sólo una de las caras del problema mayor de la salud mental en el mundo en desarrollo. De acuerdo a la OMS, en países de bajos y medios ingresos cerca de un 85% de la población que padece de enfermedades mentales severas no recibe tratamiento.²⁰

Reconociendo el contexto de utilización poco crítica de los psicofármacos en los tratamientos de salud mental, fue creada en Canadá en los años 90 la “Gestion autonome de la médication” (GAM).³⁰ La guía GAM tiene como objetivo valorar la autonomía y el protagonismo de los usuarios de psicofármacos en su calidad de vida, sus derechos y el reconocimiento de significaciones plurales de la medicación (reconocer los aspectos simbólicos de la medicación psicotrópica). La guía GAM apoya la experiencia de incluir el punto de vista singular de quien vivencia los efectos de los fármacos, abriendo un espacio de discusión en torno a la medicación y generando cambios cualitativos en la vida de las personas, respetando sus decisiones y derechos.^{30,31}

A partir del año 2009, un proyecto multicéntrico llamado “*Pesquisa avaliativa de saúde mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos*” (en el que participan: Universidade Estadual de Campinas, Universidade Federal Fluminense, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Université de Montreal), decidieron traducir y adaptar la Guia GAM para el contexto brasileiro. La versión brasilera fue construida por medio de la realización de grupos de intervención (grupos de discusión colectiva, con participación de usuarios, trabajadores e investigadores), en CAPS de los estados de São Paulo, Rio de Janeiro y Rio Grande do Sul.³¹

La apuesta de esta investigación-acción es la realización de una investigación de tipo participativa, donde el grupo GAM funciona en la práctica como una entrevista colectiva.³¹

El enfoque de investigación participativa surge de la crítica al supuesto de objetividad de las ciencias sociales en su modelo positivista, en el cual los grupos observados no tienen poder ninguno sobre una investigación realizada “sobre ellos” y nunca “con ellos”. Este en-

.....
foque pretende que el estudio de la realidad vivida por el grupo se constituyan en el punto de partida y en la materia prima del proceso educativo del grupo. El objetivo es aprender la red de relaciones sociales, captar los conflictos y contradicciones que les imprimen un dinamismo permanente y explorar las brechas y contradicciones que abren camino para las rupturas y cambios. La propuesta sería realizar una síntesis entre el estudio de los procesos de cambio social y el involucramiento del investigador en la dinámica misma de estos procesos, el objetivo del investigador será colocar las herramientas científicas de las que dispone al servicio del movimiento social con el cual está comprometido.³⁰

La guía GAM contiene preguntas abiertas y cuestionamientos amplios sobre acciones cotidianas específicas, donde interesa menos que el grupo obtenga las respuestas correctas, y se propicia compartir experiencias personales acerca de estos temas dentro del grupo. En ese sentido, el grupo GAM es una forma de entrevista colectiva en la cual los participantes disponen de tiempo para explorar nuevas preguntas y nuevas experiencias acerca del uso de los psicofármacos. Quien maneja el grupo, lo hace en forma no directiva, acompañando el proceso de colectivización. En ese sentido, el grupo GAM promueve la práctica de co-gestión de la medicación, apostando a la participación de los diferentes sujetos con sus puntos de vistas implicados en el proceso de producción de salud. Esta experiencia colectiva no se da sólo por una suma de individuos ni por el reconocimiento identitario del grupo, sino que es una experiencia de compartir y pertenecer, lo cual es una condición para la emergencia de nuevas identidades.³¹

En términos técnicos, la guía GAM se compone de dos secciones: 1) Su calidad de Vida, 2) Una manera de cambiar. La primera sección consta de cuatro pasos que incluyen: 1) Conociendo un poco sobre usted (busca conocer los principales aspectos de la identidad del individuo desde su perspectiva y la de otros, problematizando el estigma de la enfermedad mental), 2) Observando a sí mismo (busca poner en común las rutinas, auto cuidado, trabajo, renta, vivienda, red social, salud, medicación y sus efectos sobre la subjetividad del usuario), 3) Ampliando su autonomía (promueve el empoderamiento del usuario en torno a los conceptos de libertad, pertenencia, reconocimiento y sentimiento de utilidad, buscando fortalecer su red de apoyo en momentos de crisis y problematizar el tema de los derechos de los usuarios del sistema de salud), 4) Conversando sobre los medicamentos psiquiátricos (aborda el tema de la prescripción de los fármacos a que el usuario utiliza, la percepción de sus efectos y como percibe las interacciones con otros fármacos, alimentos, bebidas, sustancias, etc.).

La segunda parte, consta de dos secciones: 1) Por donde andamos (que en base a la información recabada anteriormente promueve la participación activa del usuario en su tratamiento, planificando situaciones de crisis, conociendo su plan terapéutico singular y su

.....
medicación, incentivando el respeto de derechos y su capacidad de hablar), y 2) Planificando nuestras acciones (hace hincapié en el plan terapéutico singular y la planificación de acciones específicas frente a problemáticas concretas promoviendo la activación de la red de apoyo necesaria en torno a ellas).

Finalmente la guía cuenta con 5 anexos que incluyen : 1) Información sobre medica amenos psiquiátricos, 2) Información sobre interacciones medicamentosas, 3) Información sobre plantas medicinales, 4) Información sobre la ley de reforma psiquiátrica, 5) Medicación disponible en el sistema público de salud.³³

Los grupos GAM se conforman por usuarios diagnosticados con diferentes enfermedades mentales severas y en diferentes estadios de su tratamiento (algunos en su primer año, otros con más de una década). Estos grupos se reúnen semanalmente para leer y reflexionar en torno a los cuestionamientos problematizados en la guía (cada paciente cuenta con su guía GAM como instrumento de trabajo), coordinados por un profesional de salud mental (p.ej: enfermera) que da continuidad al trabajo del grupo y por “moderadores” elegidos de entre los propios usuarios. Se van elaborando los temas y dejando tareas para pensar en torno a ellos que se van discutiendo semana a semana. El grupo tiene continuidad durante el año y son los mismos usuarios quienes gestionan en conjunto actividades programadas y extra-programáticas (p.ej: periodo de vacaciones) brindando autonomía a su trabajo.

Los grupos GAM pueden proporcionar reposicionamientos subjetivos frente de ciertos temas y valorización de las experiencias que difícilmente podrían ser colocadas en palabras o reconocidas por otro.³¹ En ese sentido se transforma en un espacio que proporciona empoderamiento respecto al tema de la experiencia de la medicación y también en relación a la temática de los derechos de los usuarios en salud mental teniendo como objetivo producir conocimiento articulado a la realidad social en cuestiones de diverso orden como un intento de encontrar maneras de favorecer el desarrollo social, económico y cultural de las comunidades o grupos comunitarios beneficiados por este programa.³⁴ De entre las principales contribuciones sentidas por los usuarios se encuentra el aumento de la comprensión y autonomía en relación a los trastornos mentales y su tratamiento, ampliación de la comprensión en relación a la función de la terapia medicamentosa, uso racional de la medicación psiquiátrica y la importancia de otras estrategias y formas de cuidado, promoción de la salud y recuperación de la salud, valorización del espacio colectivo como proporcionador de intercambio entre usuarios, importancia de la horizontalidad en las relaciones establecidas en los involucrados (investigadores, profesionales , familiares y usuarios) lo que contribuye a que los usuarios se empoderen en su situación de sujetos de derecho, aumento de la comprensión sobre la ciudadanía y los derechos de los usuarios del sistema de salud público y de salud mental.^{34,35}

Incluso, muchos usuarios refieren mejoría sintomática en diferentes áreas (tales como ánimo, cognición, conducta).

En palabras de los propios usuarios³⁶:

“Para mi, mi familia son ellos; en casa me tratan de loca...eso duele mucho. Son ellos quienes me acogen. A veces, llego aquí y no hablo nada porque estoy muy apagada, pero ellos son los que me acogen” (usuaria con depresión severa y suicidabilidad en remisión).

“Aquí cada uno es visto por si mismo, no como una dolencia mental sino por su capacidad de cambiar””A veces algunos medicamentos incluso pueden ser retirados con una buena conversación con el médico” (usuario con esquizofrenia, refiriéndose a medicamentos y sus efectos adversos).

“Lo más importante de la relación con el médico es la confianza. A veces es bueno conversar con el médico pero con el médico como un amigo. Aquí dentro del CAPS todos son un grupo de amigos con el cual tu puedes confiar cien por ciento” (usuaria con trastorno depresivo recurrente).

Actualmente, la guía GAM-BR (versión brasilera) constituye una herramienta de la política de salud pública en el Estado de Rio Grande do Sul, Brasil, y a su vez se encuentra en una segunda fase de investigación en los CAPS de São Leopoldo y Porto Alegre. En palabras de la Directora del Departamento de Acciones en Salud, Sandra Fagundes, el objetivo es propiciar espacios de conversación entre usuarios, familiares, trabajadores y gestores, con consecuencias clínico-ético-políticas de reafirmación del derecho a ciudadanía, de accionar en co-gestión y de reafirmación de singularidades.³³

Algunas conclusiones y reflexiones finales.

El desarrollo de la psiquiatría comunitaria en América Latina ha tenido grandes avances, tanto en el campo de la investigación científica, como en el desarrollo de políticas públicas que aseguren el tratamiento y acompañamiento terapéutico de personas con enfermedades mentales severas.

En el caso específico de Chile, si bien no existe una legislación específica para personas con enfermedades mentales, la inclusión de 4 patologías psiquiátricas en el Régimen General de Garantías de Salud (Ley 19.966), ha significado un reconocimiento de la importancia de la Salud Mental dentro de la Política Sanitaria. Al mismo tiempo, todas las guías de prác-

.....
tica clínica para estos 4 problemas de salud mental, enfatizan la relevancia de mantener un enfoque comunitario en el desarrollo de los servicios e incluyen diferentes intervenciones psicosociales.^{37,38}

Por otra parte, hemos revisado extensamente el concepto de comunidad, mostrando que constituye no sólo un término teórico sobre el cual la sociología ha trabajado ampliamente, sino que también representa un vasto campo donde es posible la implementación de prácticas que devienen en mejoría del estado de salud de las personas que padecen una enfermedad mental severa.

Así, hemos intentado describir la forma en que se entremezclan estos conceptos teóricos con la práctica de la psiquiatría en la comunidad, aplicada al manejo de enfermedades mentales severas.

En palabras de Gilles Deleuze:

*“Se debe posiblemente a que estamos viviendo de una nueva manera las relaciones teoría-práctica. La práctica se concebía tanto como una aplicación de la teoría, como una consecuencia, tanto al contrario como debiendo inspirar la teoría, como siendo ella misma creadora de una forma de teoría futura. De todos modos se concebían sus relaciones bajo la forma de un proceso de totalización, en un sentido o en el otro. Es posible que, para nosotros, la cuestión se plantee de otro modo. Las relaciones teoría-práctica son mucho más parciales y fragmentarias. Por una parte una teoría es siempre local, relativa a un campo pequeño, y puede tener su aplicación en otro dominio más o menos lejano. La relación de aplicación no es nunca de semejanza. Por otra parte, desde el momento en que la teoría se incrusta en su propio dominio se enfrenta con obstáculos, barreras, choques que hacen necesario que sea relevada por otro tipo de discurso (es este otro tipo el que hace pasar eventualmente a un dominio diferente). La práctica es un conjunto de conexiones de un punto teórico con otro, y la teoría un empalme de una práctica con otra. Ninguna teoría puede desarrollarse sin encontrar una especie de muro, y se precisa la práctica para agujerearlo”.*³⁷

En otras palabras, la construcción de un concepto moderno de comunidad aplicado a la psiquiatría, se articula con la implementación de intervenciones prácticas que a su vez contribuyen al avance de este concepto. Los resultados de las investigaciones antes mencionadas, suponemos contribuirán a la evolución del concepto de comunidad al cual nos hemos referido.

Queremos finalizar recalcando que la comunidad que contribuye al desarrollo y mejoría de nuestros usuarios no es aquella comunidad “estética” (centrada en torno a ídolos, festividades, amenazas reales o imaginarias, o en torno a un enemigo común), dado que estas

.....
comunidades se caracterizan por la naturaleza superficial y transitoria de los lazos que unen a los participantes. Lo que pretendemos es el desarrollo de “comunidades éticas”, que buscan el compromiso a largo plazo, de derechos y obligaciones compartidos e inalienables. El compromiso que transforma en ética a una comunidad, sería un compartir fraterno, que reafirma el derecho de todos a una seguridad comunitaria contra las desventajas que constituyen los riesgos inherentes de la vida individual (incluyendo en este sentido, la enfermedad mental).¹

Este es el compromiso científico, ético, político y técnico que representa el abordaje de las personas con enfermedades mentales severas en la comunidad.

Implementando intervenciones comunitarias basadas en la evidencia,
para el tratamiento de personas con enfermedades mentales severas.

Bibliografía:

1. Bauman Zygmunt. Comunidad: En busca de seguridad en un mundo hostil. 3° ed. Madrid: Siglo XXI; 2006.
2. Goffman Erving. Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. 1° ed. New York: Anchor Books; 1990
3. Faermann Eizirik Marisa. Michel Foucault: Um pensador do presente. Ijuí : Editora Unijui; 2005.
4. Heidegger Martin. Ser y Tiempo. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1997
5. Billeke P, Aboitiz F. Social cognition in schizophrenia : from social stimuli processing to social engagement. *Front.Psychiatry*. 2013 ; 4 (4:) 1-12.
6. Bateson G, Jackson D, Hale J, Weakland J. Toward a Theory of Schizophrenia. *Behavioral Science*. 1956; 1(4): 251-254.
7. Waltzlawick P, Bavelas Beavin J, Jackson Don D . Teoría de la Comunicación Humana. Madrid: Editorial: Herder; 1989
8. Harrison-Red P, Lucas B, Tyrer P, Ray J, Shipley K, Simmonds S, et. al. Heavy users of acute psychiatric beds: randomized controlled trial of enhanced community management in an outer London borough. *Psychol Med*. 2002; 32(3):403–16.
9. Armijo J, Méndez E, Morales R, Schilling S, Castro A, Alvarado R, Rojas G. Efficacy of community treatments for schizophrenia and other psychotic disorders: a literature review. *Front. Psychiatry*. 2013; 4 (116): 1-10.
10. Smith Bassett D, Bullmore E. Small-World Brain Networks. *Neuroscientis*. 2006; 12(6): 512-523.
11. Deivisson Vianna. O cuidado que eu preciso: crise com autonomia. En: 2° Encontro do CAPS do Pelotas. Pelotas, Rio Grande do Sul. 2013.
12. Rolnik S. Cartografia sentimental. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2006.
13. Franco TB, Merhy E E .El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*. 2011; 7 (1): 9-20.
14. G.H. Vázquez, F. Kapczinski, P.V. Magalhaes , R. Córdoba , C. Lopez Jaramillo , A.R. Rosa , et al. Stigma and functioning in patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2011; 130 :323–327.
15. Loch Alexandre Andrade. Stigma and higher rates of psychiatric re-hospitalization: São Paulo public mental health system. *Rev Bras Psiquiatr*. 2012;34:185-192.
16. Sidhom E, Abdelfattah A, El-Dosoky A. R. , Carter J.M. El-Islam M.F. The experience of stigma among a sample of psychiatric in-patients in a Egyptian private psychiatric hospital. [Correspondence]. *International Psychiatry*. 2012; 9 (2): 49.

17. Adrian Leiderman E, Vazquez G , Berizzo C, Bonifacio A, Bruscoli N, Capria J, et al. Public knowledge, beliefs and attitudes towards patients with schizophrenia: Buenos Aires. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011; 46:281–290.
18. Piza Peluso E.T, Blay S.L. Public stigma and schizophrenia in São Paulo city. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 2011;33 (2): 130-136.
19. Loch A.A, Hengartner M.P, Guarniero F.G, Lawson F.L, Wang Y, Farid Gattaz W, et al. Psychiatrists' stigma towards individuals with schizophrenia. *Rev Psiq Clín.* 2011;38(5):173-7.
20. Rudolf J. Where Mental Asylums Live On. *The New York Times.* November 1, 2013; Sunday Review: The opinion pages.
21. Desviat Manuel. *La reforma Psiquiátrica.* España: D.O.R.S.L; 1994.
22. Rotelli Franco, De Leonardis Ota, Mauri Diana. *Desinstitucionalização.* 2º ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2001.
23. Susser ES, Lin SP, Conover S. Risk factors for homelessness among patients admitted to a state mental hospital. *Am J Psychiatry.*1991; 148(12):1659-64.
24. Susser E, Valencia E, Conover S, Felix A, Tsai W, Watt R. Preventing Recurrent Homelessness among Mentally Ill Men: A “Critical Time” intervention after Discharge from a Shelter. *Am J Public Health* 1997; 87: 256 – 262.
25. Herman D, Opler L, Felix A, Valencia E, Wyatt RJ, Susser E. A Critical Time Intervention with mentally ill homeless men: Impact on psychiatric symptoms. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2000; 188(3): 135 - 140.
26. Jones K, Colson P, Holter M, Lin S, Valencia E, Susser E, Wyatt RJ. Cost-effectiveness of Critical Time Intervention to reduce Homelessness among Persons with Mental Illness. *Psychiatric Services* 2003; 54: 884 - 890.
27. Draine J, Herman D. Critical Time Intervention for reentry from prison for Persons with Mental Illness. *Psychiatric Services* 2007; 58: 1577 - 1581.
28. KasproW W, Rosenheck R. Outcomes of Critical Time Intervention Case Management of Homeless Veterans after Psychiatric Hospitalization. *Psychiatric Services* 2007; 58: 929 - 935.
29. Stastny P. Introducing peer support work in LatinAmerican mental health services. *Cad. Saúde Colet.* 2012; 20 (4): 473-81.
30. Équipe de recherche et d'action en santé mentale et culture. *La gestión autónoma de la medicación en Santé mentale.* Assemblée générale du RRASMQ. Québec. 2006.

-
31. Sade C, Renault de Barros L.M, Maciel Melo J.J, Passos E. O uso da entrevista na pesquisa-intervenção participativa em saúde mental: o dispositivo GAM como entrevista coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18(10):2813-2824.
 32. Oliveira R, Oliveira M. Pesquisa Social e ação educativa: conhecer a realidade para poder transformá-la. En: BRANDÃO, Carlos Rodrigues (org.). *Pesquisa participante*. 6° ed. São Paulo: Brasiliense, 1986. p. 13-39
 33. Onocko Campos R.T, Passos E, Leal E, Palombini A, Serpa O. Guia da gestão autônoma da medicação-GAM. Departamento de ações em saúde. Porto Alegre, Brasil. 2012
 34. Presotto R, Silveira M, Delgado P, Vasconcelos E. Experiências brasileiras sobre participação de usuárieose familiares na pesquisa em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18(10):2837-2845.
 35. Rodriguez del Barrio L, Cyr C, Benisty L, Richard P. Autonomous Medication Management (GAM): new perspectives on well-being, quality of life and psychiatric medication. 2013 *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18(10):2879-288.
 36. Narrativas de pacientes en grupo GAM, CAPS “Capilé” do São Leopoldo, noviembre 2013.
 37. Grupo de Trabajo Secretaría Técnica Auge. Guia Clínica: Trastorno Bipolar en personas 15 anos y más. Ministerio de Salud. Santiago, Chile. 2013
 38. Grupo de Trabajo Secretaría Técnica Auge. Guía Clínica: Para el Tratamiento de Personas desde Primer Episodio de Esquizofrenia. Ministerio de Salud. Santiago, Chile. 2009.
 39. Foucault M, Deleuze G. Los Intelectuales y el Poder. *L’Arc*. 1972; 49 (2): 3-10.

Implementando intervenciones comunitarias basadas en la evidencia,
para el tratamiento de personas con enfermedades mentales severas.
