

CUIDADOS COMUNITARIOS Y PSICOTERAPIA INSTITUCIONAL¹

Viviana Pereda Ruiz², Carla Sandoval Santos³, Gloria Silva Espinosa⁴

Básicamente somos cuatro colegas, dirigidas por Alejandra Mujica, las que coordinamos la cotidianidad en la Comunidad Terapéutica y la grilla de actividades. Sin embargo, el equipo es de 11 personas. Tenemos abierto de lunes a viernes desde las 9:00 a las 17:00, ninguno de nosotros tiene jornada completa, lo que en la práctica requiere mucha coordinación. Este programa ha sido posible, en parte, gracias al financiamiento de programas de rehabilitación del Ministerio de Salud a través del Servicio de Salud Metropolitano Oriente. Financiamiento que recibimos desde comienzos del año 90 y que se ha mantenido sin variaciones en estos últimos diez años.⁵

Quiénes Somos

Comunidad Terapéutica, es el programa de rehabilitación más antiguo de la ONG Comunidad Terapéutica Diurna de Peñalolén, CORDES. Fue un trabajo de diagnósticos comunitarios el que detectó personas sin tratamiento de salud mental en el barrio y en situaciones difíciles. Estábamos en los años de la dictadura militar y este grupo había gestionado dineros de la Cooperación Italiana para ir a dar tratamiento de salud mental a pobladores y realizar trabajos de grupo, en sectores cercanos de la parroquia San Roque en la comuna de Peñalolén.

¹ Texto elaborado para ponencia en Seminario de Medicina Social, Universidad de Valparaíso, enero de 2010. Documento revisado y actualizado enero 2013.

² Psicóloga, Comunidad Terapéutica de Peñalolén

³ Psicóloga, Comunidad Terapéutica de Peñalolén

⁴ Terapeuta Ocupacional, Comunidad Terapéutica de Peñalolén

⁵ Los valores asociados a rehabilitación: Tipo I \$2.790, Rehabilitación Tipo II \$6.550.



Esta fotografía fue tomada el día de la inauguración de la casa (1988), en la calle Lago Rosselot 1264 en la Población Nueva Palena de la comuna de Peñalolén. En la fotografía está la Dra. Domenica Marasca, encargada italiana de los Proyectos de Asistencia Sanitaria de base en Chile, que trabajaba en la parroquia de San Roque; el Embajador Michelangelo Pisani y el párroco Roberto Gilvo.

En 1991, se realizó en Chile una conferencia nacional en la que participó un gran número de profesionales de salud mental, se debatieron las principales ideas de la Declaración de Caracas. Meses antes que la Declaración de Caracas fuera proclamada, el país había iniciado el proceso de retorno a la democracia, después de 17 años de dictadura, y se encontraba especialmente receptivo a nuevas ideas y a procesos participativos.



Grupo 1990

A partir de esa reunión se inició un proceso de cambio. Los profesionales más cercanos al modelo comunitario, tanto en el nivel local como en el Ministerio de Salud, intercambiaron ideas en torno a los nuevos valores y principios y buscaron caminos de acción para ponerlos en práctica⁶. Fue en este ambiente, desde el año 1993, que el grupo de personas cercanas a la Comunidad Terapéutica encuentra su forma de incluirse y reincluirse a las discusiones que se formalizan en una reforma y política pública, plasmada en un Plan Nacional de Salud Mental y

⁶ Minoletti A “Cumplir con la Declaración de Caracas... Asegurar la implementación de los planes nacionales de salud mental”. En Rodríguez J “La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas” Washington D.C: OPS, 2007.

Psiquiatría – PNSM (MINSAL, 2000). De esta manera, MINSAL y esta ONG, coinciden en el trabajo y abordaje de necesidades de interés público.

Actualmente algunos de estos profesionales siguen participando activamente de este movimiento a través de nuestra Corporación CORDES, constituida con posterioridad en el año 1998.

Encontramos aspectos comunes que reúnen hasta la actualidad a este grupo de personas. Tienen que ver con realizar y desenvolver nuestras diferentes disciplinas, interesados en tratar y estar con personas diagnosticadas como enfermos psiquiátricos, con énfasis en el diálogo, el valor y el carácter de proceso o condición humana que tiene para nosotros la locura. Visibilizamos su condición de ser una forma de sufrimiento humano y también una oportunidad, para nosotras, de no dejar estas historias en el olvido.

Cómo lo hemos hecho

La Corporación sin fines de lucro, nos ha permitido proyectar un trabajo que fue pensado para estas personas, en este sector, cercano a sus domicilios. En estos años fue el Sistema Público de Salud, otros sectores del Estado e instituciones interesadas en el bien público, las que han venido a formalizar vínculos de apoyo y financiamiento. Es de este modo como a partir de los años 90, esta iniciativa pasa a ser parte de la Red de Servicios de Salud y participar de los Comités de diálogo con los servicios e instituciones sociales que trabajan por impulsar los derechos en salud mental, de población vulnerada.

Esta colaboración fundada en el proyecto PNSM, consecuencia de las voluntades reformistas, fue y sigue siendo una fuente importante de apoyo, dado que hemos sido parte de la red de salud mental y psiquiatría para los Servicios de Salud Metropolitano Oriente y Sur. En estos años además hemos participado cercanamente en el apoyo a las diferentes instancias que la reforma necesitó implementar. Es así como instancias como el Hospital de Día del Salvador, Hogares Protegidos de Peñalolén, Programas Taller Laboral Protegido tanto para servicio Oriente como Sur, Programa de Derivación hacia la Atención Primaria en Salud (APS), Club de Integración Social Maipeñi y Hogares Protegidos para la red del Servicio de Salud Metropolitano Sur, han sido en estos años algunas de las tareas más importantes de las que hemos participado.

En otros niveles, la Ilustre Municipalidad de Peñalolén, reconociendo el trabajo, entrega una subvención anual de fondos para el desarrollo de la Comunidad Terapéutica. Por otro lado, hace dos años la Fundación Rostros Nuevos mantiene un convenio de cooperación que nos

permitió por algunos años, subvencionar la mantención de 4 Hogares Protegidos del área sur de Santiago. Actualmente este convenio subvenciona el programa de rehabilitación de la Comunidad.

Programa Comunidad

En la actualidad sigue siendo, el espacio principal de desarrollo de prácticas de este colectivo. Es un espacio de acompañamiento diurno, para personas adultas, con trabajo cercano a las familias y la comunidad. Nuestras hipótesis básicas de abordaje son por un lado la consideración del aparato mental, toda la riqueza de sus dinámicas y los efectos colectivos de ellas. Por otro lado, desde el enfoque de derechos toda persona es sujeto de derecho. Estos dos pilares se traducen en tratamientos e intervenciones con la comunidad, con las familias y las personas con sufrimiento mental. Esto lo hemos realizado sin grandes defensas materiales o infraestructuras pretenciosas, no ha sido necesario crear estructuras diferentes a las del barrio para realizar nuestro trabajo con estas familias. Este es, en parte, el modelo.

Casa y barrio desde fuera

El despliegue de estos recursos y cuidados comunitarios ha permitido ofrecer una alternativa a la hospitalización psiquiátrica, como único lugar de tratamiento para las personas con sufrimiento mental. Y al mismo tiempo, estos cuidados nos plantean los desafíos cotidianos de los fenómenos conocidos como desinstitucionalización, como un paso más allá de la deshospitalización.



Dada la complejidad de las situaciones con las que trabajamos, este modelo de cuidados comunitarios es el que ha permitido la continuidad de los tratamientos y las intervenciones, que han reducido de manera muy significativa el número de internaciones de causa psiquiátrica de las personas con quienes hemos trabajado por más de 20 años.

Con quiénes hemos trabajado

Formalmente guardamos registro de más de 400 ingresos desde el año 1988 a la fecha. Todas son personas adultas, hombres y mujeres, que acceden de manera voluntaria y constituyen

nuestra experiencia. Un criterio de exclusión claro es el consumo de drogas (salvo algunos que presentan consumo de alcohol sintomático).

En relación a su condición mental al momento de ser entrevistados, observamos en todos los casos signos de actividad delirante, actividad alucinatoria, agitación psíquica, graves dificultades en la vida cotidiana e intenso sufrimiento mental. Venían acompañados y, de venir solos, estaban tranquilos al momento de llegar. La urgencia (agitación motora) no toma lugar aquí. No tenemos ninguna capacidad para responder a estas situaciones y frente a éstas, orientamos a las familias a consultar a los servicios especializados. Trabajamos justamente en la prevención.



En relación a las diversas formas que toma esta condición mental en la vida cotidiana, estas personas tienen dificultades en una o más de las siguientes áreas: vida familiar, trabajo y tiempo libre. Esto contempla las actividades, las relaciones, los objetos y el contexto físico implicados en cada una de estas áreas. Las dificultades se dan en relación a otros, y se expresan en actividades del día a día, para comenzar, desarrollar y terminar el día, para la organización en el tiempo y el espacio y para encontrar significado en el hacer, en torno a un proyecto de vida que muchas veces no es posible pensar ni articular. Estas dificultades se repiten durante gran parte de su historia personal y se presenta como un elemento común entre quienes participan de la Comunidad: historias atravesadas por dinámicas familiares y sociales que coartan la autonomía; traducidas en restricciones en el desarrollo de ocupaciones significativas (segregación ocupacional), la satisfacción de necesidades personales, relacionales y colectivas, el bienestar y el ejercicio de sus derechos.

Desde esta perspectiva, son personas que han vivido en familias y comunidades con historias de pobreza y marginalidad socio económica y con dificultad para acceder a derechos económicos, sociales y culturales: vivienda, salud, educación, trabajo, entre otros. Actualmente han disminuido algunas de estas restricciones para la población en general, sin embargo, para

personas que padecen sufrimiento mental, las restricciones se mantienen o se han atenuado discretamente a través de la implementación de una red de servicios de salud mental desde el 2001, con el PNSM.

Otras condiciones contextuales son el estigma y prejuicios hacia las personas con problemas de salud mental, la falta de oportunidades para el acceso y la vulneración de los derechos para este grupo de personas.

Aun considerando la condición mental y su expresión en la vida cotidiana como pilares centrales para pensar nuestro trabajo, el énfasis tanto al ingreso como en el desarrollo del plan de intervención, está puesto en lo situacional que incorporando **la cotidianidad** orienta la asistencia, las ayudas técnicas, los servicios de apoyo, colaboración y el diseño de estrategias más apropiadas en coherencia con un enfoque de derechos humanos y un modelo psicodinámico de la mentes, en atención a las necesidades del grupo de personas descrito y de los diferentes equipos de tratamiento. Se releva de esta manera la prioridad del contexto, por sobre el foco exclusivo en el sujeto o en el fenómeno psicopatológico. Y fundamentalmente formaliza el objeto de tratamiento y sujeto de intervención, respetando la condición mental.

Estrategias

En estos años hemos diseñado e implementado diversas estrategias para enfrentar los procesos de desinstitucionalización, propuesta eje del proceso de reforma psiquiátrica. Esto significaba implementar las estrategias para dar inicio o retomar algo del lazo social, reivindicando el principio de Autonomía para la inclusión social. El proceso de desinstitucionalización es una interpelación a los equipos de salud mental, a reflexionar sobre las prácticas y sobre el encuentro con las condiciones reales y concretas del contexto nacional que la producen y reproducen. Nos exigió estar atentas al diálogo con los referentes locales, atentas a las constantes presiones del asistencialismo.

Nuestras estrategias han estado y están en proceso permanente de evaluación, un colectivo en devenir, con el objeto de retomar siempre los objetivos y atender a propósitos emergentes, en función de las condiciones contextuales para desarrollar el trabajo. Ha sido en base a estos procesos de revisión, que pudimos visualizar y visibilizar que hay ámbitos, como el acceso al trabajo, que requieren atención especial y exclusiva.

Mencionaremos ahora, algunas estrategias centradas en la búsqueda de actividad laboral, orientadas a la inclusión, que han sido desarrolladas en sus inicios al alero de nuestra institución y que actualmente no forman parte de nuestro trabajo y se desenvuelven independientemente.



La Agrupación de Familiares y Amigos de Peñalolén, nacida el año 1995, actualmente administra Hogares Protegidos y el taller laboral Amasandería Consistorial, para el SSMO. Este Taller laboral inicialmente fue implementado por un fondo FOSIS, y se llamó “Pizzería Pazza-Pizza”, adjudicado el año 1995, en el seno de la Comunidad. Este proyecto fue formulado por profesionales del equipo, miembros de la comunidad, algunos voluntarios y un integrante de la cooperación italiana.

La OASE (Oficina de Apoyo y Seguimiento a la Externalización) fue iniciada el año 2000, al interior de la Asamblea de la Comunidad Terapéutica. Fue una forma de colectivizar el interés del grupo por trabajar. Esto implicó que parte del equipo guiara este colectivo, centrando su apoyo en la búsqueda y seguimiento de este interés. Junto con el MINSAL y FONADIS, nos aproximamos a la noción de *empresa social de integración (ESI)*.



Grupo ESI

A continuación, mencionaremos algunas de las estrategias que utilizamos actualmente:

Constelaciones

Consiste en reuniones solicitadas por el equipo a otros equipos de la red de atención, en conjunto con todo aquel interesado en la situación de una persona en particular. Por ejemplo, para el grupo de 45 personas, el año 2009, fue necesario implementar constelaciones a propósito de 5 situaciones. Participaron integrantes de equipos como: COSAM, Amasandería, CRS, hogares protegidos, familias. Esto implica trabajo de coordinación y de tiempo, que es una articulación compleja dadas las condiciones actuales de cómo se piensa e implementa la rehabilitación. Si bien es un esfuerzo, no es imposible. El propósito de esta convocatoria es el encuentro para intercambiar visiones entre todos los interesados, tanto de los equipos que toman contacto o tratan de algún modo, a la familia y lógicamente con la persona en particular.

En esta reunión, cada participante plantea los asuntos que presentan alguna dificultad y, en conjunto, se analizan y priorizan, estableciendo acuerdos de cómo trabajar. Ha sido importante para nosotras dejar registro escrito de esta intervención y diseñamos un formato para esto. Luego, se organiza la forma de dar seguimiento a este proceso.

Asamblea

Espacio semanal de encuentro grupal, la asamblea constituye el corazón de la comunidad. Es una reunión abierta y estructurada que se desarrolla en relación a una tabla que recoge el diálogo y los puntos que se han venido desarrollando en el tiempo. Esta tabla, además, recoge de forma espontánea las tareas, inquietudes o necesidades del colectivo y se ordenan los intercambios que articulen los diferentes espacios de la comunidad. Es también un espacio de observación del grupo.

Con los años las inquietudes han podido ser abordadas de forma más sistemática y se ha desarrollado y organizado el trabajo en colectivos y comités

Los Colectivos

Esta lógica de colectivos ha apartado grupos de intereses emergentes. Fueron estas necesidades al interior de la asamblea organizada, las que en parte sacan a miembros del equipo a la búsqueda de oportunidades laborales. Se creó, por ejemplo, la OASE.

Desde el año 2006 hemos trabajado con **Colectivos** de vivienda, laboral, pensiones y dental. Estos colectivos reúnen la síntesis de los asuntos considerados más urgentes. Actualmente estos colectivos se mantienen trabajando, con el resultado que todas las personas han accedido a pensión básica solidaria y, quienes se han interesado, tienen ahorro para la vivienda. En el colectivo laboral, las dificultades se relacionan a que no se ha implementado aún un sistema de apoyo que comprenda el trabajo como un derecho (directamente relacionado con la dignidad), más allá de un “uso del tiempo”. A esto se suma el enorme abismo que aun tenemos entre ser un “laboral protegido”, es decir, subvencionado por el ministerio de Salud (al margen de la intersectorialidad) y ser una “Pyme” que debe necesariamente respetar las leyes laborales.

Acompañamientos Terapéuticos

Ante el problema de una falta de continuidad de los cuidados para personas con sufrimiento mental, desarrollamos esta estrategia, que establece y fortalece vínculos con el exterior. Pensamos esto como una intervención que enfatiza en la existencia y mantención de dicha continuidad, en los ritmos y modos de acompañar, acorde a cada situación.

Esta estrategia se encuadra en los proyectos terapéuticos, diseñados en conjunto entre referentes del equipo y las personas de nuestra Comunidad. Se ha desarrollado en distintos ámbitos: salud general, dental, vivienda, obtención de la PBS, evaluación en la COMPIN, inscripción en el registro nacional de la discapacidad, uso de espacios recreativos y deportivos, beneficios sociales. Cabe destacar que en el trabajo con mujeres, estos acompañamientos han tenido particular énfasis en la maternidad y sexualidad.

En todos estos ámbitos hemos podido generar condiciones para que la atención sea digna, oportuna y más flexible para permitir que cada persona logre, con sus dificultades y miedos, establecer contacto e intercambiar apoyos y, finalmente, sea estatuido como sujeto de derecho.

Para concluir

Nuestra experiencia ha podido sostener en el tiempo, por más de 20 años, programas que garantizan la continuidad de cuidados a grupos de personas con sufrimiento mental que lo requieren. Estos tratamientos han tenido en el tiempo un alto costo, tanto por el tipo de labor como por el necesario cuidado de los equipos. Estos aspectos, en ocasiones, se han constituido en una de las principales barreras para la continuidad y proyección del trabajo. Un ejemplo de estas barreras, es la figura precaria de los convenios anuales con el sistema público y la falta de una política pública que contemple las necesidades de las personas y las instituciones, además de los financiamientos que respeten la complejidad técnica de la cotidianidad con personas que requerirán de apoyos durante toda su vida.

Durante todos estos años, a propósito de la inclusión, los equipos y organizaciones de familiares han sido constantemente interpelados a pronunciarse sobre el exterior y la vida social. Por ejemplo, la incorporación a espacios laborales en las formas de inserción, integración o inclusión y las estrategias orientadas a la venta de productos y servicios, si bien puede hasta el día de hoy recoger frutos, generó grandes tensiones y desgastes. Es evidente que los grupos se dispersan o dividen, cuando el objetivo pasa a ser la venta de un producto en función del mercado, considerando además las precarias condiciones para sostener estas iniciativas. La Empresa Social no tiene existencia legal en Chile. No existen mecanismos que promuevan o faciliten a una iniciativa comercial mixta. La llamada Empresa Social, no contaba (y no cuenta) con las bases legales para su implementación. Esta noción esperaba resolver tanto para nosotras como institución, como para las autoridades ministeriales, el deseo de acceder al trabajo fuera de las presiones de la realidad, como son el mercado laboral y las leyes laborales.

Nos encontramos con vacíos y restricciones en distintos ámbitos. En la situación de iniciativas laborales individuales de personas pensionadas de causa psíquica, aún con la reforma previsional del 2008, que permite ser contratado hasta un límite de sueldo (1.5 sueldo mínimo) sin perder la pensión, no se contempla seguimiento especializado para mantener esta vinculación al mundo del trabajo, ni para aquellas personas que pierden su trabajo y requieren apoyo para otras búsquedas e iniciativas.

Los equipos de rehabilitación y salud, no contamos con las competencias para desarrollar empresas. En nuestra experiencia, al intentar entrar en esta dinámica y al no contar con soporte de las políticas públicas, es que desarrollamos iniciativas laborales protegidas. Éstas pueden

constituirse finalmente en nuevas formas de explotación, con el riesgo de redoblar la condición de marginalidad de las personas con las que trabajamos.

En relación a las iniciativas colectivas, los vacíos normativos limitan gravemente el emprendimiento de experiencias sociales de venta de servicios que buscan el alcance de logros económicos, sin capitales previos. Nos parece que los equipos de salud no debemos aceptar que somos PYMES, dado que sería ponernos en la larga fila de una deuda de país que no podemos asumir. El sistema financiero no es una alternativa para estos grupos.

Podemos decir con una cierta distancia que pensamos erróneamente que debíamos buscar la solución en la realidad, buscar trabajo constantemente y representarlos y/o subvencionar su integración a espacios formales de trabajo, y que el acceso al trabajo y recursos económicos mejoraría la calidad de vida y condiciones del grupo. Las necesidades y expectativas nos arrastraron con ellos a las mismas dificultades sociales de inclusión de todo ciudadano. No solamente faltan oportunidades, es necesario que existan grupos especializados, un soporte legal y políticas públicas coordinadas en el intersector en estos procesos de inclusión, que garanticen un soporte en base a las necesidades y trayectorias personales, considerando la complejidad de cada situación y que en tanto situación, es dinámica y no definitiva. En base a esta experiencia se hizo necesario reorientar nuestra estrategia para garantizar espacios de tratamiento que respetaran lo situacional, y dentro de esto, la condición mental. En la realidad estos espacios de tratamiento son escasos y es vital su respeto.

No es conveniente generar expectativas de inclusión laboral como la única meta de la rehabilitación. El acceso al trabajo es un camino difícil y compromete a cada uno, de lleno con el medio social, los derechos y responsabilidades civiles propias de cada ciudadano.

Los equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria requerimos seguir avanzando en el trabajo de redes. La coordinación es vital y prueba de esto es la positiva experiencia a través de las estrategias de constelaciones y acompañamientos para el acceso a derechos. Esta es una forma de colaboración interdisciplinaria entre los diferentes equipos de salud mental y el intersector. En la actualidad hemos desarrollado constelaciones y prácticas de red en el sector oriente con las familias y los COSAM, PIE, CRS Cordillera, Municipalidad de Peñalolén, Oficina de discapacidad de la Municipalidad de Las Condes, SENAME, PRAIS Oriente, Fundación Rostros Nuevos, Universidades, Hogares Protegidos, CORFAUSAM, red de la solidaridad de Peñalolén, red de salud mental de Peñalolén.

La visión del plan nacional de salud mental y psiquiatría, inspirado en reformas a los sistemas y modos de tratamiento de las personas con sufrimiento mental, requiere tomar nuevas fuerzas, que contemplen las experiencias de equipos que durante años han hecho este acompañamiento. Y requiere además, ser traducido en prácticas concretas, con especial énfasis en el trabajo de redes, donde se dialogue y practique las concepciones más modernas en torno a la inclusión y la rehabilitación. Esperaríamos que esto se expresara en lo concreto en indicaciones de rehabilitación, que no constituye aún un acto médico en nuestro trabajo.

Querimos una sociedad más madura, respetuosa de los derechos personales, los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales.



Grupo 2001