



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología
Escuela de Psicología

El concepto de Salud/Salud Mental en el Modelo Comunitario: Entre lo singular y lo social

Aportes desde el concepto de salud vulgar y la experiencia de usuarias del COSAM de Conchalí

Memoria para optar al Título de
Psicólogo/a

Autores:

Nicole Cerda Alquinta
Felipe Vialard Dominichetti

Profesor Patrocinante:

Ps. Felipe Gálvez Sánchez

Profesor Guía:

Ps. Esteban Encina Zuñiga

Santiago de Chile, 2017.

Agradecimientos

Agradecemos a Esteban Encina, por su constante apoyo, aportes e interés en este proceso.

A Karina Fernández y al Programa de Salud Mental Infanto Juvenil de COSAM de Conchalí.

A las usuarias que nos abrieron una puerta en sus vidas.

A mi madre Luisa, por levantarme cada vez que no he podido hacerlo sola, a mi padre Carlos por su alegría incansable y a mis hermanos Javier y Catalina, por su amor incondicional que me da fuerzas siempre que la vida pesa un poco más.

A mi tío Alejandro por su preocupación y cariño inagotable

A mi compañero Felipe, por su comprensión, por la valentía de caminar conmigo cada día, y porque los años de juventud compartidos son un regalo para toda la vida.

A mi amiga y compañera Valentina por estar siempre en todas, gracias a ti nunca me he sentido sola en la aventura capitalina.

A mis amigas Fernanda, Rocío, Constanza, Javiera, Amanda y Francisca por todo lo que aprendimos creciendo juntas y por darme un lugar seguro siempre que lo necesito.

A Katherine por hacer de los años de universidad la experiencia prometida y más.

A Lucy, mi madre.

Este trabajo es el suyo en tantos sentidos que no caben en esta página.

A mis hermanos Romilda, Pedro y Sofía.

A Rosvita y familia, pese a la distancia.

A Cecilia y sus historias.

A Charlie, Williams, Mauri, Clo, Maca, Scarlet, Felipe.

A Daniel, Hiena, Martín, Paula, Anibal, Natalia, Francisca.

A Tiare, especialmente.

A los Paulinos del Hogar Universitario.

Gracias a todos/as ustedes pues sin cada uno/a, aquí faltarían palabras, capítulos, sentido.

Es necesario llegar a admitir que el enfermo es algo más y también otra cosa que un terreno singular donde la enfermedad echa raíces, que es algo más y también otra cosa que un sujeto gramatical calificado por un atributo tomado de la nosología del momento. El enfermo es un Sujeto, capaz de expresión, que se reconoce como tal en todo lo que sólo sabe designar mediante posesivos: su dolor y la representación que se hace de él, su angustia, sus esperanzas y sus sueños. Aun cuando con referencia a la racionalidad descubriéramos en todas esas posesiones otras tantas ilusiones, lo cierto es que el poder de ilusión debe ser reconocido en su autenticidad. Es objetivo admitir que ese poder de ilusión no pertenece a la capacidad de un objeto.

Georges Canguilhem, Estudios de Historia y de Filosofía de las ciencias.

Índice

Resumen.....	10
I.-Introducción.....	12
II.-Antecedentes.....	16
2.1 Panorama internacional y latinoamericano en torno a la salud mental.....	16
2.2 Panorama de la Salud Mental en Chile.....	18
2.3 Dificultades en torno a la implementación del Modelo de Salud Mental Comunitario en Chile.....	24
III.-Problematización.....	33
IV.-Objetivos y Pregunta de investigación.....	42
V.-Relevancia.....	43
VI.-Marco Teórico.....	45
6.1 Lecturas gubernamentales sobre la comunidad y el sujeto.....	45
6.2 Concepto de Salud / Salud Mental: El movimiento latinoamericano de Salud Colectiva y la salud vulgar en Georges Canguilhem.....	52
6.2a La crisis de un objetivismo y el viraje hacia lo social en Salud/Salud Mental.....	53
6.2b La Salud Vulgar en Georges Canguilhem.....	62
VII.-Marco Metodológico.....	73
7.1 Perspectiva epistemológica y tipo de metodología.....	73
7.2 Tipo de investigación.....	75
7.3 Muestra y criterios de selección.....	76
7.4. Técnica de producción de datos y Justificación.....	77
7.5. Estrategia de Análisis.....	81
7.6.- Procedimientos.....	84
VIII.- Análisis de los Resultados.....	85
8.1.- La experiencia de Salud.....	87
8.2. Contexto social y relacional.....	95
8.3.- Apoyo de las instituciones y de los especialistas.....	109
8.4.- Otras alternativas de intervención.....	121
IX.- Discusión.....	126
X. Conclusión.....	143
Referencias.....	148
Anexos.....	156

RESUMEN

Esta investigación busca analizar las experiencias en salud mental de usuarias de un Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM) en la comuna de Conchalí, Región Metropolitana. Desde el concepto teórico de *salud vulgar* recogido de la obra de Georges Canguilhem y su diálogo con los desarrollos del Movimiento Latinoamericano de Salud Colectiva, se busca complejizar la definición de salud como bienestar que se encuentra a la base del actual Modelo de Salud Mental Comunitaria en Chile. Se utiliza la metodología cualitativa escogiendo como técnica de recolección de datos la entrevista individual en profundidad dirigida a una muestra de usuarias, y la observación participante en el contexto de talleres grupales desarrollados en COSAM. A partir de un análisis de contenido de las entrevistas, emergen como resultado cuatro categorías centrales: (1) la experiencia de salud centrada en los tres momentos significativos de bienestar, malestar y recuperación; (2) la importancia de los elementos contextuales y relacionales como la población, la familia y el trabajo; (3) el apoyo de las instituciones junto a la posición que ocupa el especialista en salud; y (4) la posibilidad de otras alternativas de intervención en salud y salud mental. La discusión y conclusiones se enfocan en la articulación entre las experiencias de estas usuarias y las propuestas teóricas respecto del concepto de salud vulgar y salud colectiva, reflexionando respecto al lugar que ocupan tanto lo singular como lo social en la experiencia de la salud. Así, se proponen los aportes que pueden surgir desde estas consideraciones hacia el Modelo de Salud Mental Comunitaria.

Palabras claves: salud mental comunitaria, salud colectiva, salud vulgar.

I. Introducción

En nuestro continente, los principios de lo que se ha denominado Reforma Psiquiátrica se formularon en la Declaración de Caracas de 1990, donde diversos países expresaron su compromiso de transformar la atención en salud mental basada en hospitales psiquiátricos hacia sistemas basados en la comunidad, así este movimiento corresponde a un cambio respecto del antiguo modelo asilar imperante en la región. Paralelamente a este interés internacional por reformar el sector salud, se extiende en Latinoamérica la privatización de los servicios del Estado por la implementación del modelo neoliberal, ante lo cual el sector de la salud no quedó ajeno.

Es en este doble marco que se inscriben y se han desarrollado las políticas de salud en Chile de las últimas décadas, siendo la salud mental una problemática de creciente interés. Para citar un ejemplo, en Chile los estudios epidemiológicos han hallado que un 36% de la población chilena habría tenido un desorden psiquiátrico a lo largo de su vida (Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn y Torres, 2002). Ante estas cifras, la política pública que se ha instalado en el país corresponde al denominado Modelo de Salud Mental Comunitaria. Desde el año 2000, el documento Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría reflejó las líneas de acción propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Declaración de Caracas, entre las que se encuentran el desarrollo de servicios comunitarios de salud mental (MINSAL, 2001). Comienza así en las políticas de salud un enfoque comunitario y biopsicosocial: se debía dar prioridad a acciones preventivas y de intervención temprana, donde la participación activa de los usuarios, sus familiares y las organizaciones locales debía tener un papel destacado (Minoletti y Zaccaria, 2005).

Una de las reformas ocurridas a partir de este modelo de atención corresponde a la instalación de los Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC), denominación que hoy agrupa a los llamados COSAM. Estos centros tienen como objetivo ser un núcleo descentralizado de atención especializada cercano a la gente e integrado con las organizaciones locales y con mayor conocimiento de la realidad local (MINSAL, 2016).

En específico, esta investigación se realiza en el COSAM de Conchalí, comuna del sector norte de la Región Metropolitana. Este centro recibe problemas de salud mental de complejidad moderada a severa, atendiendo patologías como Depresión, Bipolaridad, Trastornos por Ansiedad, Trastorno por Abuso de Sustancias, Violencia Intrafamiliar,

Esquizofrenia (primer brote), Trastorno de déficit atencional e hiperactividad y otras nuevas patologías incluidas en el Auge. Entrega también prestaciones como terapia de parejas y terapia familiar (CORESAM, 2014).

Ahora bien, respecto a la evolución de estas políticas en salud mental, actualmente se encuentra en redacción un nuevo Plan de Salud Mental para el período 2016-2025, cuyo propósito es contribuir a mejorar la salud mental de la población mediante la identificación, implementación y evaluación de las estrategias y acciones más efectivas en el marco del modelo comunitario de salud mental (MINSAL, 2015). Además, se encuentra en discusión la propuesta de la primera Ley de Salud Mental del país.

En este escenario es que cabe revisar y evaluar desde múltiples focos el modelo de abordaje de los problemas de salud mental de la población. En efecto, a casi tres décadas del diseño e implementación del Modelo de Salud Mental Comunitario en Chile, este modelo ha sido problematizado desde al menos tres ángulos diversos pero interrelacionados.

Primero, respecto a su implementación como política pública se ha destacado el financiamiento escaso y el poco énfasis en especificar el trabajo comunitario. Respecto al recurso humano, en instituciones como los COSAM aparece como nudo problemático la poca cantidad de equipos para una muy elevada población (MINSAL, 2016). La poca claridad en lo comunitario tiene que ver con la escasa especificidad que se confiere a este tipo de trabajo en los documentos que guían las acciones, una ausencia de lineamientos claros respecto a qué es lo que se considera como trabajo comunitario. Se ha reconocido entonces un insuficiente desarrollo conceptual del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental. Se suma a ello la carencia de una cultura de participación, detectando un bajo nivel de participación real de usuarios, usuarias y sus familias en los centros de especialidad (MINSAL, 2016; Minoletti, Rojas y Horvitz-Lennon, 2012). Esto ha derivado en la práctica en la perpetuación de aspectos fundamentales del modelo tradicional.

Desde un segundo foco, se ha analizado que los modelos de salud mental y la salud mental comunitaria se insertan en un contexto particular, social e histórico en el cual asistimos a una insatisfacción generalizada de las personas respecto a su vida social cotidiana, su trabajo, su familia y redes primarias de relación (Castel, 1986). Se ha experimentado una creciente fractura de los vínculos colectivos junto a la producción de marginalidad, cambiando también el modo de existencia de las disciplinas especializadas

en la medida en que se las sitúa como un modo privilegiado para intervenir técnicamente sobre estas nuevas problemáticas (Galende, 1990). Se constata que una de las formas actuales privilegiadas para enfrentar esta situación es demandando la intervención de “lo psicológico”. Lo que algunos autores han denominado una “cultura psicológica” (Castel, 1986) corresponde a que un sinnúmero de problemas parece poder ser abordado por soluciones psicológicas, ocurriendo que nuevos técnicos e instituciones proliferan allí donde la fractura de los lazos y relaciones, la atomización social, ha tomado protagonismo. En este escenario, se ha problematizado el lugar del especialista que trabaja en salud mental y salud mental comunitaria, advirtiendo respecto al peligro de la instrumentalización de las comunidades como medio de gobierno (Rose, 2017) o de tomar al usuario como objeto y no sujeto de las intervenciones en salud y salud mental.

Desde un tercer y último ángulo, se han problematizado cuestiones teóricas a la base del Modelo de Salud Mental Comunitaria. En particular, se ha discutido el concepto de salud y salud mental surgido de la definición de la OMS, cuando estableció que “la salud es un estado de bienestar completo físico, mental y social y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedad” (OMS, 2006, p.1). Esta definición aún vigente ha sido analizada desde distintas perspectivas, sumando reconocimientos, críticas y dificultades. Por ejemplo, se ha encontrado que los principales instrumentos de políticas públicas de la OMS en salud son aún ambiguos en cuanto al concepto de salud mental, en tanto algunos no explicitan ninguna definición, mientras otros asumen la definición de bienestar de la OMS pero en su desarrollo la derivan a la sola consideración de los trastornos mentales (Lopera, 2015).

Esta investigación se sitúa en la intersección entre estos tres tipos de análisis. Uno es el aspecto concreto de las prácticas y la implementación del Modelo Comunitario. El segundo es el rendimiento que se puede obtener al situar una problematización respecto del concepto de salud dentro de las políticas productoras de un determinado proceso de subjetivación. El tercero corresponde al hilo conductor del trabajo y se trata de la revisión de los conceptos de salud, salud mental y enfermedad que subyacen en este Modelo.

En este sentido, son dos las fuentes principales que se toman en la investigación para establecer la tensión y el debate que es posible generar en torno a la definición de salud. La primera fuente corresponde a teorías sobre el concepto de salud, acudiendo al Movimiento Latinoamericano de Salud Colectiva, cuyas perspectivas críticas sobre la salud mental se han desarrollado principalmente en Brasil y Argentina (Stolkiner y Ardila,

2012; Galende, 1990; Caponi, 1997). Estos autores tienen como uno de sus referentes principales a un autor fundamental en esta investigación: el filósofo francés George Canguilhem, quien aporta con sus tesis referidas al concepto de salud, enfermedad, lo normal y lo patológico (Canguilhem, 2004; 2009a; 2009b), llegando a formular que el concepto de salud no es científico, sino un concepto vulgar al alcance de todos (Canguilhem, 2004).

Por otra parte, existen investigaciones (Lopera, 2015) que puntualizan los usuarios de los servicios no han participado en forma visible en la definición de muchos de nuestros conceptos especializados, tal como se aprecia en el caso de la salud. Hipótesis desde la cual surge la segunda fuente y principal en nuestro estudio, que explora la experiencia de usuarias del COSAM de Conchalí en torno a salud y salud mental.

Los datos son recogidos a partir de las técnicas de observación participante y entrevista en profundidad. A través de un análisis cualitativo de contenido se obtienen las categorías emergentes respecto de la experiencia en salud de estas usuarias.

Así esta Memoria de Título comienza detallando los Antecedentes del problema referidos a los nudos problemáticos del Modelo de Salud Mental Comunitaria, luego se detiene en la Formulación del problema que corresponde a la necesidad de analizar cuáles son las experiencias en salud mental que tienen los propios usuarios del Modelo, siendo un objetivo hacer dialogar su propia voz con un análisis en términos teóricos. Precisamente el Marco Teórico de esta investigación incluye la profundización dos temas: uno se trata de los procesos actuales de subjetivación y el otro corresponde al concepto teórico de salud propiamente tal, donde se presenta el concepto de salud vulgar en Canguilhem. El Marco Metodológico se posiciona desde una epistemología sistémica, tomando el análisis cualitativo desde la Teoría Fundamentada para distinguir en las entrevistas aquellas experiencias en salud mental de las usuarias. Se considera que este cuerpo teórico y metodológico permite luego presentar los resultados en cuatro categorías emergentes que incluyen: la experiencia de la salud en tres momentos significativos; el contexto social y relacional; el lugar fundamental de las instituciones de salud; y otras alternativas de intervención en salud y salud mental. Finalmente, la discusión y conclusiones se enfocan en la articulación de las teorías con la experiencia de los usuarios, reflexionando respecto del lugar que ocupa tanto lo singular como lo social en nuestra experiencia de la salud y en los aportes que pueden hacerse desde aquí al Modelo de Salud Mental Comunitaria.

II. Antecedentes

A continuación, se presentan tres apartados que constituyen antecedentes relevantes para esta investigación: el primero sitúa el panorama internacional y latinoamericano sobre salud mental, donde se destaca la importancia de la prevalencia de trastornos mentales en la población, así como las políticas amplias que se han tratado de hacer cargo de ello. El segundo apartado describe el panorama sobre salud mental en Chile, rescatando datos epidemiológicos de la población y las estrategias en términos de políticas públicas y modelos instalados para comprender e intervenir en estos problemas, donde se pone especial atención en los centros de salud mental comunitaria (COSAM). Finalmente se sitúan algunas dificultades que se pueden encontrar en la literatura actual; que van desde la implementación de los COSAM como política pública en Chile, destacando el financiamiento escaso y el poco énfasis en especificar el trabajo comunitario, hasta las ambigüedades que existen aún hoy sobre el concepto de salud/salud mental.

2.1.-Panorama internacional y latinoamericano en torno a la salud mental

Existen datos que permiten que la salud mental se instale y se vuelva un tema relevante a nivel mundial. En primer lugar, hay estadísticas que ayudan a dimensionar los problemas de salud mental en la población mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y los estudios epidemiológicos han demostrado que los trastornos mentales son una causa importante de discapacidad y mortalidad, por ejemplo, la OMS estimó en 2005 que el 31,7% de los años vividos con discapacidad serían consecuencia de condiciones neuropsiquiátricas, donde una de las principales causas es la depresión unipolar (Sepúlveda y Minoletti, 2012). También en 2003 y 2005 la OMS calcula que 450 millones de personas en el mundo padecen alguna forma de trastorno mental, que les genera sufrimiento e incapacidad (Valencia, 2007), mientras en 2010 se estimó que 176 millones de personas tenían problemas relacionados a la salud mental en la región americana (Roses en Ansoleaga y Valenzuela, 2013). Así también un 14% de la carga mundial de morbilidad, medida en años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), puede atribuirse a trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Además casi tres cuartas partes de la carga mundial de trastornos neuropsiquiátricos corresponden a los países con ingresos bajos y medios-bajos (OMS, 2008a). Esto no es menor si consideramos que el 75% de las personas que sufren estos trastornos en países

de ingresos bajos o medios no recibe la asistencia o tratamiento necesarios (Ansoleaga y Valenzuela, 2013). Con respecto al impacto de las enfermedades mentales, se calcula que el gasto ocasionado por estos trastornos puede equivaler a 3–4% del producto nacional bruto de los países desarrollados (Minoletti y Zaccaria, 2005). Éstas contribuyen con el 12,3% de la carga de los años vividos en discapacidad, siendo su porcentaje mayor que la diabetes, enfermedades cardiovasculares y enfermedades de causas traumáticas en el mundo (Matas, 2013).

En segundo lugar, en el caso de Latinoamérica esta situación se ha traducido en diversas declaraciones e informes sobre salud y salud mental, los que son emitidos hasta el día de hoy por la OMS. En este sentido se sitúa como referente la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en Latinoamérica, efectuada en Caracas en 1990, y organizada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), donde se formularon los principios que sirvieron de modelo para lo que se ha denominado en la región como Reforma Psiquiátrica, movimiento que buscó dar un adecuado tratamiento en salud, entendida ésta como el estado completo de bienestar físico, mental y social (Minoletti, Rojas y Horvitz-Lennon, 2012), esto en el contexto de un cambio respecto del antiguo modelo asilar que era imperante en la región. Pero ya en 1978, en la declaración de Alma Ata impulsada por la OMS y UNICEF se promueve un modelo “basado en principios de solidaridad y universalidad en el acceso a los servicios de salud, de eficacia en función del costo (mediante la promoción de los servicios de atención primaria y de prevención) y en la participación comunitaria” (Homedes y Ugalde, 2005, p. 210). En el caso de la Carta de Bangkok de la Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en 2005, se llama a centrar la atención en la capacitación y la autogestión de las comunidades en el logro y mantenimiento de su propia salud (Lopera, 2015).

Las políticas de salud mental de Latinoamérica fueron impactadas por estas declaraciones, sin embargo la Declaración de Caracas tuvo una influencia mayor en las políticas de salud mental de la región, tal como señalan Minoletti, Rojas y Sepúlveda (2010):

Se concluyó que era necesaria la reestructuración de la atención psiquiátrica, la cual debería estar ligada a la Atención Primaria de Salud y en los marcos de los Sistemas Locales de Salud, implicando una revisión crítica del rol hegemónico y

centralizador del Hospital Psiquiátrico, salvaguardando los derechos humanos de los enfermos y propendiendo a su permanencia en el medio comunitario (p. 146).

Es así como con esta declaración diversos países expresaron su compromiso de transformar la atención basada en hospitales psiquiátricos por sistemas basados en la comunidad, aprobaron leyes y formularon políticas basadas en los principios de Caracas, incluyendo estrategias de mejora de acceso a través de la inclusión de la salud mental en la Atención Primaria en Salud (APS). Desde entonces países como Argentina, Brasil, Cuba, Chile, El Salvador, Nicaragua, Guatemala y Panamá entre los que han integrado la salud mental en APS (Minoletti, Rojas y Horvitz-Lennon, 2012).

A principios de la década de los noventa, casi todos los países de América Latina y el Caribe habían iniciado reformas del sector de la salud (Infante, De la Mata y López-Acuña, 2000, p.13). Este proceso se vio favorecido por el coincidente término de dictaduras militares en varios países de la región (Minoletti, Rojas y Horvitz-Lennon, 2012), sin embargo, paralelamente al interés internacional por reformar el sector salud, se extiende en Latinoamérica la privatización de los servicios del Estado. Para Homedes y Ugalde (2005) es importante sumar como antecedente en la región que estos procesos fueron cruzados transversalmente por la implementación del modelo neoliberal en el sector de la salud. En 1980, frente a la crisis económica, el Fondo Monetario Internacional exigió a los gobiernos que hicieran recortes en sectores sociales, incluidos la salud que tenía en ese momento como referente los principios de Alma Ata. Esto tuvo como resultado que el Banco Mundial instalara préstamos para el sector salud que le han permitido estar en la posición de promover reformas de salud basadas en la privatización de los servicios y el acceso a un paquete de servicios mínimos que cada país debe definir de acuerdo con sus recursos, proponiendo que el Gobierno tenga una función reguladora y no proveedora de servicios (Homedes y Ugalde, 2005).

Es en este doble marco donde se inscriben y se han desarrollado las políticas de salud mental en Chile, siendo la salud mental una problemática creciente que tendrá distintos matices por revisar a continuación.

2.2.-Panorama de la Salud Mental en Chile

El fenómeno de la salud mental en Chile tiene distintas vertientes, en primer lugar, hay datos epidemiológicos que sitúan la importancia los problemas de salud mental en el

país. Existen estudios que arrojan datos sobre el estado de salud mental de la población chilena a partir de una nomenclatura psiquiátrica, es decir, en ellos se habla de la prevalencia de ciertos trastornos. En un estudio de prevalencia de patología psiquiátrica de hace casi 15 años, que utiliza la clasificación del DSM III-R, se encontró que 36% de la población chilena estudiada había tenido un desorden psiquiátrico a lo largo de su vida, mientras que un 22,6% había tenido un desorden en los últimos 6 meses (Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn y Torres, 2002). Atendiendo al tipo de trastorno, los autores encontraron que el grupo de los trastornos ansiosos fue el más frecuente en la población (17,9% para prevalencia de vida y 9,7% para la prevalencia de los últimos 6 meses). Los trastornos por uso de sustancias fueron los más frecuentes en la prevalencia de 6 meses (con un 9,8%), y los trastornos afectivos como grupo alcanzaron 15% de la población a lo largo de la vida, y a 7,9% en los últimos 6 meses (Vicente et.al, 2002).

Se pueden señalar otras cifras relevantes sobre salud mental reportadas por los estudios en Chile, en distintos momentos del curso de vida (MINSAL, 2016¹). Partiendo desde la etapa del embarazo, Jadresic (2014) señala que en el país alrededor del 30% de las embarazadas reporta síntomas inespecíficos de depresión y/o ansiedad, mientras que al considerar los trastornos depresivos mediante criterios más estrictos esta prevalencia es cercana al 10%. Respecto a la etapa de la infancia y adolescencia, el primer estudio sobre epidemiología psiquiátrica en niños, niñas y adolescentes en Chile, que sigue la nomenclatura del DSM-IV, obtuvo una prevalencia total de 22,5% para cualquier trastorno psiquiátrico y discapacidad psicosocial. Los grupos de trastornos que mostraron más alta prevalencia fueron los disruptivos, con 14,6 %, seguidos de los trastornos ansiosos, con un 8,3%. El diagnóstico disruptivo más prevalente fue el trastorno de Déficit Atencional/Hiperactividad, mientras el trastorno ansioso más prevalente fue la angustia de separación (Vicente, Saldivia, De la Barra, Melipillan, Valdivia y Kohn, 2012).

En Chile otro dato relevante se refiere al suicidio, respecto del cual Valdés y Errázuriz (2012) señalan que es la segunda causa de muerte en personas entre 20 y 44 años de edad, concentrando 12,8% del total de las defunciones. Las tasas de suicidio entre el año 2000 y 2009 aumentaron desde una tasa de 9,6 defunciones por cada 100.000 habitantes (Valdés y Errázuriz, 2012).

¹ Modelo de Gestión de los Centros de Salud Mental Comunitaria. Documento en construcción al año 2016. Hasta el momento la versión más actualizada de este documento se encuentra en línea en MINSAL (2017).

Son importantes de atender los datos respecto a la búsqueda de atención especializada en los servicios de salud. Al respecto, según el estudio de Vicente et al. (2002) en Chile un 49% de aquellos que sí presentan algún diagnóstico psiquiátrico busca atención. Más de un 85% de los individuos con diagnóstico no reciben tratamiento de especialistas. En cuanto a los niveles de satisfacción con la atención, estos son calificados como altos por los autores, por ejemplo, en el grupo con algún diagnóstico en los seis meses previos al estudio se encontró que solamente uno de cada cuatro se muestra disconforme con la atención especializada recibida. La información derivada de investigaciones de este tipo ha debido prestar utilidad para el desarrollo y el perfeccionamiento de programas de salud mental pública en Chile (De la Barra, 2012).

Ahora bien, situada la epidemiología de los problemas de salud mental en Chile, es importante mostrar cuales han sido las estrategias en términos de políticas públicas y modelos instalados para comprender e intervenir en estos problemas, haciéndose cargo de cifras como las recogidas por los estudios ya presentados.

Se puede afirmar que el modelo de salud en Chile no ha tenido un curso lineal. Por ejemplo, mientras había tenido un sistema nacional de salud con cobertura universal y de acceso gratuito entre 1952 y 1981, fue el primer país latinoamericano en aplicar una reforma neoliberal a principios de la década de 1980 (Homedes y Ugalde, 2005). Estas reformas cambiaron profundamente la estructura y funcionamiento del sector salud en Chile, encontrándose entre los principales cambios “la creación del Fondo Nacional de Salud; del Sistema Nacional de Servicios de Salud; de las Instituciones de Salud Previsional ISAPRE; y el proceso de municipalización de la atención primaria” (Titelman, 2000, p. 7).

Con respecto al contexto actual, la política pública que se ha instalado en el país pronta a cumplir tres décadas corresponde al llamado Modelo de Salud Mental Comunitaria. Desde la década de 1990 se aplicaron en Chile dos planes nacionales de salud mental y psiquiatría, puestos en marcha por el Ministerio de Salud en 1993 y luego en el año 2000 (Minoletti y Zaccaria, 2005). El segundo Plan estableció un modelo elaborado de la red de atención y anunció los problemas de salud que serían los prioritarios a nivel nacional por los próximos 10 años. El documento se llamó Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (en adelante, PNSMP) y reflejó líneas de acción propuestas por la Organización Mundial de la Salud y la Declaración de Caracas, entre las que se encuentran el desarrollo de servicios comunitarios de salud mental, la integración

de la atención de salud mental en los servicios de salud generales y la creación de vínculos intersectoriales (MINSAL, 2001; Minoletti y Zaccaria, 2005, p.346).

Desde aquí comienza en salud mental el hincapié en un enfoque comunitario y biopsicosocial, que busca dar prioridad a acciones preventivas y de intervención temprana y donde la participación activa de los usuarios, sus familiares y las organizaciones locales tendría un papel destacado (Minoletti y Zaccaria, 2005). El PNSMP (MINSAL, 2001) contempló el desarrollo de una red de servicios y definió siete prioridades de intervención definidas a partir de estudios de epidemiología y prevalencia: la promoción y prevención, las víctimas de violencia, trastorno de hiperactividad, depresión, esquizofrenia, demencias y problemas de alcohol y drogas (MINSAL, 2001).

Sobre los marcos normativos y regulatorios actuales más generales, es importante señalar que se encuentra en proceso de redacción y discusión un nuevo Plan de Salud Mental para el período 2016-2025. El propósito señalado en el borrador del documento (MINSAL, 2015²), es contribuir a mejorar la salud mental de la población mediante la identificación, implementación y evaluación de las estrategias y acciones más efectivas en el marco del modelo comunitario de salud mental, apuntando como sus principios: el ser humano como ser integral, la promoción de los derechos humanos, la salud mental integrada en el sistema de salud general, un modelo de salud mental comunitaria, promoción de la ciudadanía, participación e inclusión y accesibilidad, equidad y pertinencia (MINSAL, 2015).

Entre las reformas que acompañan este proceso a partir de 1990 comienza la instalación de una serie de políticas e instituciones orientadas por un nuevo modelo en salud mental. Una de ellas corresponde a los Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC), denominación que agrupa a los llamados COSAM, CESAM, CECOSAM, ESSMA y CESAMCO, variedad institucional que está dada por una historia compleja y heterogénea que sólo en los últimos años se ha intentado sistematizar (MINSAL, 2016). Estos centros tienen como objetivo ser un:

Núcleo descentralizado de la atención especializada, más cercano a gente, integrada con la organizaciones locales y redes comunitarias con mayor conocimiento de la realidad local y con la flexibilidad para adaptarse a estas realidades. (MINSAL, 2016, p. 51)

² Borrador Plan nacional de Salud Mental 2015-2025

Esta institución, en particular los llamados COSAM, es de especial interés por tratarse del campo práctico donde se desarrolla esta investigación. Al año 2016, existen 146 equipos de especialidad ambulatoria de Salud Mental en el país, de los cuales 91 son Centros Comunitarios de Salud Mental. Los centros de salud mental comunitarios tienen realidades distintas. El 43% depende administrativamente de Servicio de Salud y un 47% depende del municipio a través de corporación municipal, mientras que un pequeño porcentaje depende de un privado. Esto lleva a una heterogeneidad en su funcionamiento, roles, funciones y perfil del equipo (MINSAL, 2016).

Específicamente sobre el COSAM de Conchalí hay algunos datos del contexto particular que son importantes. Conchalí es una comuna ubicada en el sector norte de Santiago que de acuerdo a las proyecciones de población, tendría del orden de 124.225 habitantes al año 2013. En el año 2011 se estimaba que el 10,8% de la población comunal se encontraba en situación de pobreza, teniendo un ingreso promedio mensual de los afiliados al seguro de cesantía, aproximado de 511,8 mil pesos, cifra inferior al promedio regional y nacional (Ministerio de Desarrollo Social, 2014). El origen de la comuna es variado y lo componen: campamentos radicados, operaciones sitio, loteos, subdivisiones, poblaciones fiscales y particulares, cooperativas, viviendas SERVIU, casetas sanitarias, mejoramiento de barrios, siendo los más recientes algunos condominios en altura. Además, Conchalí también posee un barrio industrial delimitado, al costado de la Carretera Panamericana Eduardo Frei Montalva y múltiples actividades económicas y comerciales (Moreira, 2013).

En cuanto a la pobreza, los datos en la encuesta CASEN 2013 en Conchalí muestran que existe un 10,01% de personas en situación de pobreza por ingresos, con 22,70% de hogares en una condición de hacinamiento crítico y medio en la vivienda (Ministerio de Desarrollo Social, 2014). Además, cuenta con un alto nivel de cobertura de los servicios básicos; las viviendas cuentan con una buena infraestructura en general; existen barrios consolidados, siendo el 88.4% de las viviendas aceptables y el 11.6% de las viviendas precarias. Es importante acotar además que en la encuesta CASEN 2000 Conchalí ya contaba con el 93.52% de construcciones sólidas y en su mayoría con acceso a servicios básicos. La cobertura de agua potable es prácticamente total, según la Superintendencia de Servicios Sanitarios y Reporte comunal 2012. En relación a los niveles educacionales de la comuna el 34% de la población tiene escolaridad básica, 34,1% escolaridad media, un 10.72% tiene escolaridad en educación media técnica o

comercial, un 13.6% tiene escolaridad superior. Lo que arroja que un 92.69% de los habitantes de la comuna estudiaron o están estudiando. La tasa de analfabetismo alcanza según la encuesta CASEN 2006 un 1.8% (Moreira, 2013)

En la dimensión salud, la población inscrita en FONASA en sus distintos niveles ha sufrido importantes variaciones en los últimos años. En los datos del año 2013 existe un total de 121.796 inscritos validados de un total de 124.225 habitantes (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2015), superando así con creces la proporción recomendada de 44.000 habitantes inscritos por COSAM como potenciales beneficiarios (MINSAL, 2014). En el siguiente apartado se propone discutir aún más esta cifra a la luz de la caracterización específica de la población, incluso más allá de la cantidad de inscritos.

El sistema de Salud bajo la administración Municipal de Conchalí se compone actualmente de 11 Establecimientos de Salud: 4 Centros de Salud Familiar, 1 Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF) dependiente del CESFAM Dr. José Symon Ojeda, 3 Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), 1 Laboratorio Comunal, 1 Centro de Rehabilitación con Base Comunitario CCR y 1 Centro de Salud Mental de Nivel de Especialidad: COSAM Conchalí (Moreira, 2013).

Este establecimiento fue el primer COSAM creado en el país en el año 1985, siendo inicialmente inaugurado como un Centro de tratamiento para consumidores de drogas. Hoy atiende problemas de salud mental de complejidad moderada a severa. Se ubica geográficamente al norponiente de la comuna, en la Población Juanita Aguirre, atrás del CESFAM Juanita Aguirre, cercano a calles Independencia, A. Vespucio y Cardenal Caro. El equipo de esta institución al año 2014 estaba constituido por 7 psiquiatras, 14 Psicólogos, 4 Asistentes sociales, 2 terapeutas ocupacionales, 1 antropólogo, 1 abogado, 1 técnico en rehabilitación, 2 monitores, 1 técnico paramédico, 3 administrativos, 2 auxiliares. En total: 38 funcionarios con diferentes cargas horarias (CORESAM, 2014). No existen datos públicos actualizados sobre su recurso humano al año 2017.

En cuanto a los objetivos sanitarios del servicio de salud, COSAM está dedicado a cumplir con las normas y exigencias emanadas de la autoridad sanitaria, lo que significa poner énfasis en las Patologías de Salud Mental de mayor prevalencia, tales como: Depresión, Bipolaridad, Trastornos por Ansiedad, Trastorno por Abuso de Sustancias, Violencia Intrafamiliar, Esquizofrenia (primer brote), Trastorno de déficit atencional e

hiperactividad y nuevas patologías incluidas en el Auge. Entrega también prestaciones como terapia de parejas y terapia familiar (CORESAM, 2014).

A casi tres décadas del diseño e implementación del Modelo de Salud Mental Comunitaria tanto en Chile como en otros países del mundo, alineados al cambio de enfoque promovido por la OMS y OPS, este modelo ha sido problematizado desde diversos ángulos. Algunas dificultades que se pueden encontrar en la literatura actual se dirigen a su implementación como política pública en Chile, destacando el financiamiento escaso y el poco énfasis en especificar el trabajo comunitario. Esto se especifica en el siguiente punto.

2.3.-Dificultades en torno a la implementación del Modelo de Salud Mental Comunitario en Chile

Ciertos problemas identificados por los estudios actuales han destacado aspectos deficitarios del modelo como es el financiamiento que recibe la salud mental en Chile. Otros apuntan a la implementación y resistencias que ha generado el Modelo, específicamente en el quehacer de los llamados Centros de Salud Mental Comunitaria, instituciones a las que se pondrá especial atención, ya que es el área donde se lleva a cabo esta investigación.

Respecto al financiamiento de la salud mental en Chile, según autores como Valdés y Errázuriz (2012) éste no ha aumentado según los objetivos del PNSMP. Así, en 2004 el financiamiento de la salud mental alcanzaba 2,14% del presupuesto total de salud según el informe de la OMS en su Estudio de Evaluación de los Sistemas de Salud Mental Chileno (WHO-AIMS), un porcentaje inferior al 6% que se destina en Estados Unidos, al 8% que invierte Uruguay o el 11% de Suecia o Nueva Zelanda (MINSAL, 2014). El PNSMP (MINSAL, 2001) había planteado como objetivo aumentar desde 1,39% a 5% el porcentaje del presupuesto total de salud que se destina a salud mental para 2010, y a el 6% para 2012. Esto requería de un aumento de 0,5% a 1% en el presupuesto anual de salud (Valdés y Errázuriz, 2012). Sin embargo, el porcentaje al 2012 fue de 2,16%, manteniéndose aproximadamente igual desde 2004. El panorama se hace menos alentador si se descuenta el fondo aportado a los Servicios de Salud por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol que depende del Ministerio de Interior, dejando el porcentaje del presupuesto asignado a

salud mental en solamente 1,71% (MINSAL, 2014). Por lo tanto, se hace muy complejo calcular el aporte a la salud mental dado el aporte diferenciado de distintos ministerios.

Es importante señalar que en 2004 se promulga la ley del programa de garantías de salud AUGE-GES. Las garantías están claramente especificadas para cada enfermedad, incluyendo tipos de intervenciones, tiempo de espera máximo, etc, y deben ofrecer un conjunto de garantías de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera para 56 enfermedades prioritarias (Minoletti, Sepúlveda y Horvitz-Lennon, 2012). Pero como señalan Valdés y Errázuriz (2012) si bien se plantearon seis áreas prioritarias en el PNSMP, sólo tres de estas áreas (depresión, esquizofrenia, abuso y dependencia de sustancias) han sido incorporadas a las patologías cubiertas por AUGE/GES al año 2012. Pero además estos autores señalan que esta incorporación de patologías al AUGE/GES no ha generado grandes cambios, por ejemplo en el caso de la depresión, incorporada en 2006, se observa que la presencia de sus síntomas en la población no ha disminuido de forma importante.

Si bien el presupuesto otorgado puede ser considerado suficiente cuando se compara con la situación económica de muchos otros países en vías de desarrollo (Minoletti, Sepulveda y Horvitz-Lennon, 2012), éste aún no ha aumentado lo suficiente en relación a la importancia que tienen los problemas de salud mental en el país. Es necesario que una estrategia de salud mental abra una discusión en torno a la redistribución de los recursos públicos en salud en función del perfil epidemiológico del país, es decir, en función de las enfermedades con mayor prevalencia en la población, teniendo en consideración que AUGE-GES ha creado un “incentivo perverso” que tiene como resultado que las personas con otras enfermedades prioritarias tienen peor acceso a servicios y atención de peor calidad (Minoletti, Sepúlveda y Horvitz-Lennon, 2012).

Otro punto relevante en el plano de las políticas públicas es que actualmente Chile no cuenta con una Ley de salud mental, lo que dificulta sobre todo la asignación de recursos que permitiría un desarrollo de los dispositivos de la red de salud mental a lo largo del país (MINSAL, 2016). Pero el problema con esta ausencia no es solo de financiamiento, sino también que no permite alinear el marco legal vigente con el marco de derechos humanos que se busca promover, así como tampoco permite que exista un amparo legal de las prácticas y políticas de esta área (MINSAL, 2016). Esto se evidencia en las metas para Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 de la OMS, que

apunta como uno de sus objetivos reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental:

El 50% de los países habrán elaborado o actualizado sus legislaciones sobre salud mental en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos para el año 2020. Esto en término de indicadores se traduce en la existencia de leyes nacionales sobre salud mental acordes con los instrumentos internacionales de derechos humanos (OMS, 2013, p.22).

Esto se traduce en Chile en la relevancia de una ley de salud mental que se ajuste a los estándares internacionales. En base a estos argumentos es que se encuentra en discusión la propuesta de la primera Ley de Salud Mental del país. En esta línea, la OMS (2008a) sostiene que un marco regulatorio es importante para resguardar los derechos de los pacientes con dificultades de salud mental, ya que la estigmatización y las violaciones a los derechos humanos persisten como un problema incluso fuera de la institución asilar clásica.

Además de las dificultades estructurales en financiamiento y legislación que atraviesan el sistema de salud, los estudios reportan problemas más específicos en instituciones como los Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC y COSAM). Respecto a los recursos humanos disponibles aparece como un nudo problemático la poca cantidad de equipos para una muy elevada población. El PNSMP había definido que el estándar nacional sería de un equipo por 40.000 habitantes (MINSAL, 2008). Esto no se condice con la evaluación realizada por WHO-AIMS donde señala que “los centros de salud mental comunitarios aún están muy distantes de cumplir con la norma técnica de uno por cada 40.000 beneficiarios y de disponer de la cantidad de recursos humanos que requieren para su funcionamiento” (MINSAL, 2014, p.104). En efecto, actualmente el 87% de los COSAM tiene una población beneficiaria adscrita mayor a 40.000 habitantes, incluso llegando por sobre los 100.000 habitantes, con lo que se afecta la oportunidad, accesibilidad y calidad de la atención (MINSAL, 2016). Pero más allá de haberse visto superada esta cantidad estándar de población beneficiaria por equipo de atención, el Modelo de Gestión de los Centros de Salud Mental Comunitaria (MINSAL, 2016; 2017) reconoce que al establecerse este criterio no se consideraron otras complejidades particulares de cada comuna como por ejemplo los distintos niveles de pobreza, la dispersión geográfica, entre otras variables que hacen que cada realidad local sea distinta a las otras. Esta consideración hace que la pregunta por cuánta población beneficiaria

debe establecerse por cada equipo, se haga más variable y difícil de generalizar, ya que los recursos humanos que forman los equipos de Salud Mental tienen una distribución heterogénea en el país (MINSAL, 2016).

Consecuentemente con esta situación se ha encontrado que en el nivel ambulatorio de salud mental de especialidad aumentó el tiempo de espera para la primera consulta con psiquiatra y la tasa nacional de personas en tratamiento disminuyó en el 2012 en comparación con el 2004 (MINSAL, 2014). Esto va de la mano con que el acceso a “atención en salud mental y la calidad de ella varían enormemente según el Servicio de Salud, la ciudad y comuna, y el centro APS donde el beneficiario esté inscrito” (MINSAL, 2014, p.25). Sumado a esto se detecta un énfasis desmedido del sistema público en evaluar programas por el número de personas atendidas y/o prestaciones entregadas, lo que atenta también contra la calidad de atención (Minoletti, Rojas, Horvitz-Lennon, 2012).

Ahora respecto a otro foco de crítica presente actualmente, éste tiene que ver con la escasa especificidad que se confiere al trabajo comunitario en los documentos que guían a estas instituciones y sus profesionales, tanto en el PNSMP (MINSAL, 2001), como en las normas posteriores (MINSAL, 2008). Dicho de otra forma, se percibe una ausencia de lineamientos claros respecto a qué es lo que se considera como trabajo comunitario y qué trabajo comunitario sería responsabilidad de los COSAM, a diferencia de lo que ocurre con la oferta de atención clínica en psicoterapia, que se encuentra más especificada (MINSAL, 2016; Minoletti, Sepúlveda y Horvitz-Lennon, 2012). Se reconoce entonces un insuficiente desarrollo conceptual del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental (MINSAL, 2016):

La falta de un marco conceptual acotado y definido en el Plan Nacional, ha llevado a que se haya producido un desarrollo heterogéneo y disarmónico en la implementación y funcionamiento de los Centros en el país, lo que ha impactado en el tipo de atención, los procesos y la población atendida. Además ha permitido la transinstitucionalización y perpetuación del modelo tradicional (p.57).

Este diagnóstico respecto de la implementación del modelo comunitario es respaldado por análisis de otros autores, donde señalan por ejemplo que todavía es un misterio qué entienden los profesionales por lo comunitario, siendo más protagonistas la medicina basada en evidencia y la economía de la salud (Miranda, 2011).

Así también, se identifica que existe una resistencia al cambio de paradigma por parte de algunos profesionales especializados (Minoletti, et al, 2010). Se identifica cierta cultura instalada en el sistema de salud, la cual reconoce que la atención de especialidad solo puede ser ubicada en los hospitales, desvalorizando a la especialidad ambulatoria puesta en la comunidad (MINSAL, 2016). Muy importante es que se observa tanto en los COSAM como en la red de salud primaria del país la carencia de una cultura de participación, detectando un bajo nivel de participación real de usuarios, usuarias y sus familias, quienes no son considerados en los procesos de planificación de cada centro (MINSAL, 2016; Minoletti, Rojas, Horvitz-Lennon, 2012), tal como señala la evaluación WHO-AIMS (MINSAL, 2014) sobre participación de familiares y organizaciones:

Se ha encontrado una baja presencia y un bajo nivel de organización de las agrupaciones de usuarios y de familiares en salud mental. Esto se observó tanto en la ausencia de un catastro nacional o regional de estas organizaciones en las instituciones del Estado y en las asociaciones nacionales de usuarios y familiares consultadas (...). La tasa de participación es inferior en el 2012, mientras que la participación de familiares en estas organizaciones es menor que en el 2004 (p.105).

Adicionalmente, se destaca que no existen estudios epidemiológicos actualizados con un enfoque de determinantes sociales y una mirada regional que permitan diseños de intervenciones focalizadas y que entreguen insumos a los equipos de la red para nutrir sus diagnósticos locales (MINSAL,2016).

Sobre el marco legal, debe considerarse el alto nivel de desconocimiento sobre qué normativa rige a los COSAM, confusión que se eleva al punto de que actualmente los COSAM son un dispositivo que en términos concretos no pertenece al nivel primario ni al secundario y que además no posee actualmente la categoría de establecimiento de salud (MINSAL, 2016).

Aun con este panorama, en su evaluación más reciente los centros de salud mental comunitaria presentan algunas ventajas que los diferencian de otras unidades de psiquiatría ambulatoria, por ejemplo:

Proveen un mayor promedio de prestaciones por usuario al año (9,8 atenciones), tienen un tiempo de espera más corto para la primera consulta psiquiátrica (35

días), un mayor porcentaje de sus usuarios reciben intervenciones psicosociales (84%) y un mayor porcentaje de estos centros entrega intervenciones en la comunidad (56,1%) (MINSAL, 2014, p.18).

Por lo tanto, los COSAM se constituyen como una parte importante dentro de la Red de salud mental que actualmente se encuentra en un proceso de sistematización y redefinición de su rol y tareas. Es reflejo de esto el proceso efectuado durante 2016 donde se llevó a cabo la elaboración del Modelo de Gestión de los Centros de Salud Mental Comunitaria (MINSAL, 2016; 2017).

Anteriormente se hizo revisión de la situación de la salud mental nacional e internacional, así como de nudos críticos en cuanto a la implementación, financiamiento y funcionamiento del modelo de salud mental actual en Chile, especialmente la situación de los centros de salud mental comunitaria (COSAM), sin embargo, es importante destacar algunas discusiones teóricas que han cruzado este campo a partir de diversos autores, permitiendo revisar el curso que ha tenido el concepto de salud/salud mental, constituyéndose en sí mismo como una dificultad.

Sobre los modelos de abordaje, en primer lugar, Stagnaro (2006) muestra como un conjunto de factores permitió que hubiera un desplazamiento desde la psiquiatría asociada al hospital psiquiátrico hasta el terreno de lo social y a un concepto de salud mental en la comunidad. Estos factores se resumen en tres:

- Cambios en el paradigma de comprensión sobre la locura.
- Nuevos recursos terapéuticos, entendidos estos también como instituciones.
- La estructura política y socioeconómica de la sociedad concernida.

Esto implicó un reordenamiento del rol hegemónico de la psiquiatría, con el paso de un modelo de dominación centrado en la jerarquía y las instituciones asilares hacia un predominio de las políticas de “salud mental”, posibilitando la integración de experiencias psicosociales y comunitarias (Stagnaro, 2006).

Mucho de lo que ronda la definición del concepto de salud mental y salud mental comunitaria, parte de distinciones y definiciones que se hicieron en torno al concepto de salud, que fueron posibles en el contexto anterior. Es por esto que el preámbulo a la constitución de la OMS y lo que en estos encuentros se definió como “salud” se vuelve relevante. Allí se estableció que “la salud es un estado de bienestar completo físico,

mental y social y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedad” (OMS, 2006, p.1). Ahora en términos específicos, la salud mental es definida por la OMS como “un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad” (2013, p.7). Se alude así a la dimensión positiva de la salud mental, es decir, no se define como la ausencia de enfermedad mental, tal como lo exige la Constitución de la OMS.

Esto fue tomado como un gesto importante en la forma de comprender la salud desde este momento, apareciendo la alusión al bienestar como un consenso generalizado.

Desde entonces esta definición aún vigente ha sido analizada desde distintas perspectivas, sumando algunos reconocimientos, pero también críticas y dificultades. Por ejemplo, se le reconoce desde algunos autores que incluye una dimensión social y que roce algunos puntos críticos como la dicotomía mente-cuerpo (Bertolote, 2008). Sin embargo, se le critica que ni en la dimensión social ni en la mental establece campos disciplinares, sino que se entiende como partes de una sumatoria. Además se plantea que se corre el riesgo de que por la amplitud que alcanza una definición agregativa de suma de conceptos, absolutamente todos los órdenes de la existencia pueden ser pensados en términos de salud-enfermedad, permitiendo que sea posible la medicalización de todos los aspectos de la vida (Caponi, 1997).

Este riesgo se pone en tensión desde las propuestas de movimientos o disciplinas que abogan por el rescate de la comunidad, la participación, los derechos humanos; y que mantienen una comprensión crítica con la propuesta de la OMS (Stolkiner y Ardila, 2012). En este marco se encuentran los movimientos de salud colectiva, de antipsiquiatría y medicina social. Desde esta vereda se analiza que en el nacimiento de la OMS hay dos tendencias centrales, que son la atención comunitaria y la perspectiva-organización preventiva. Esto es considerado como un avance en el campo de la salud mental, sin embargo, no se trata una superación completa, tal como apuntan Stolkiner y Ardila (2012):

Sucede que en el campo de la Salud Mental persisten en el siglo XXI formas institucionales de respuesta a la problemática de la locura propias del siglo XIX: las instituciones asilares manicomiales. Éstas coexisten -como capas geológicas-, con las formas actuales del proceso de medicalización extrema de la época, a veces en el mismo establecimiento (p.65).

Las autoras plantean que los avances que suponen las políticas de salud mental coexisten en forma de capas con los actuales procesos de medicalización cuyos principios siguen en el núcleo, amenazando con la perpetuación de las lógicas manicomiales.

Esto se relaciona con la definición de salud a la base que sostienen estos movimientos, donde se establece la imposibilidad de aislar de la salud en general la salud mental, dado que todos los procesos vitales implican una dimensión subjetiva y una orgánica indisoluble. Con esto buscan destituir una de las formas paradigmáticas de objetivación en la modernidad desde un marco crítico de derechos humanos, que abra espacio a nuevos actores, siendo este un elemento nodal en los aspectos técnicos y éticos para una salud mental (Stolkiner y Ardila, 2012).

Dado que han pasado cincuenta años desde que la salud mental se instala ya sea como propuesta, dimensión o movimiento (Bertolote, 2008), hoy en día es posible marcar ciertas tendencias, que no significan necesariamente acuerdos. En primer lugar, se hacen críticas al concepto de salud vigente, sobre todo para comprender fenómenos y contextos contemporáneos. Por otro lado, no está zanjado el carácter de lo que denominamos salud mental, ni salud mental comunitaria. Hay quienes defienden su existencia como disciplina y otros quienes la sostienen solo con fines metodológicos pues se considera la imposibilidad de división del campo disciplinario de la salud. Así también, Galende (2008) la sitúa como una transdisciplina, ya que su objeto es en sí mismo complejo e incluye dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, antropológicas y culturales. Pone así en relieve que el paso de la psiquiatría positivista a la salud mental constituye una ruptura epistemológica aún no terminada y en este caso no se habla de una disciplina, sino que de un campo.

Sin embargo, esta perspectiva crítica sigue coexistiendo con propuestas que dan mayor importancia a la mejora de lo hospitalario y políticas de prevención, incluso se sigue en muchos lugares disputando por derechos humanos en torno a las personas con trastornos psiquiátricos o discapacidades, e incluso fuera de los hospitales se siguen repitiendo ciertas lógicas hospitalarias y asilares (Galende, 1990). Además, autores como Stolkiner y Ardila (2012) sostienen que en un contexto en que todo incluso la vida adquiere condición mercantil, existen distintas comprensiones del derecho a salud, desde el liberal que entrega todo a la regulación del mercado, hasta el que defiende una

integralidad de derechos en el campo de la salud y salud mental, entendiéndola como una necesidad humana básica.

En el contexto latinoamericano estas perspectivas críticas sobre la salud mental se han desarrollado principalmente en Brasil y Argentina (Stolkiner y Ardila, 2012; Galende, 1990; Caponi, 1997) y tienen como uno de sus referentes a George Canguilhem, filósofo francés que aporta desde sus tesis más centrales referidas al concepto de salud y enfermedad en los debates contemporáneos (Canguilhem, 2004; 2009a; 2009b). Por ejemplo, su definición de salud ha sido retomada por estos autores, la que señala que el concepto de salud “no es científico, es un concepto vulgar. Lo que no quiere decir trivial, sino simplemente común, al alcance de todos” (Canguilhem, 2004, p.52). Este concepto de la salud cercano a la singularidad y al medio, al ser expuesto más profundamente podría dialogar con las experiencias en salud de las personas para constituir un aporte al Modelo Comunitario.

III. Problematización

Como se describió en el apartado anterior, numerosas investigaciones han dado cuenta de que en los CSMC, y en los COSAM en particular, existen brechas entre lo que plantea el llamado Enfoque Comunitario en el PNSMP (MINSAL, 2001) y la atención que efectivamente han ejecutado los equipos en sus localidades durante este tiempo. En efecto, los últimos diagnósticos generales respecto a la situación de los COSAM señalan varios nudos críticos, dentro de los cuales destacan: un vacío de estudios locales específicos que provoca un desconocimiento sobre su población objetivo; un escaso financiamiento a la salud mental en Chile; la existencia de exigencias administrativas y financieras como por ejemplo tener que centrar su quehacer en el ámbito de drogodependencias, porque estas canastas son más valoradas que una intervención comunitaria; ciertos problemas de recursos humanos, más específicamente la poca cantidad de equipos para una muy elevada población; y por último, una escasa especificidad en lo que confiere al trabajo comunitario. En otro eje, la carencia de una cultura de participación y una resistencia al cambio por parte de los equipos también es un punto importante, junto al bajo nivel de participación real de usuarios, usuarias, sus familias y otros agentes comunitarios, quienes no son considerados en los procesos de planificación de cada centro (MINSAL, 2014; 2016).

Frente a estas problemáticas concretas que presentan los Centros de Salud Mental Comunitaria (incluyendo el COSAM de Conchalí) que ahora se propone leer estas dificultades en otro nivel de análisis esta vez conceptual, para luego en el curso de la investigación iluminar nuevamente aspectos contextuales y concretos.

Se puede afirmar que lo antes dicho sobre la comuna de Conchalí, no es en efecto una característica exclusiva de ese contexto singular, sino que corresponde a una realidad histórica extendida en la época contemporánea. Así, la salud mental y la salud mental comunitaria se insertan en un contexto particular, social e histórico que puede pensarse como un telón donde las propuestas posteriores tendrán sentido de manera situada. Se puede decir entonces que en este campo “asistimos a una recomposición profunda en el modo social de existencia de una disciplina de lo mental” (Galende, 1990, p.185). Hay autores que permiten sostener que se pasa desde la descomposición de lo psiquiátrico a la recomposición de nuevas políticas de Salud Mental, donde asistimos a un doble movimiento: la creciente fractura de los vínculos colectivos y la producción de

marginalidad, a la vez que se constituyen disciplinas que hacen abordables técnicamente estas problemáticas. En el cruce entre ambos fenómenos observamos que las nuevas poblaciones asistidas en Salud Mental pertenecen en gran parte a poblaciones marginadas (Galende, 1990).

Esta no es una cuestión menor teniendo en cuenta que asistimos a una “situación histórica y social en la que un número creciente de personas no se sienten satisfechas en la vida social cotidiana, ni de su trabajo, ni de la familia, ni de lo que podría denominarse sus redes primarias de relación” (Castel, 1986, p 455). Una de las formas en que enfrentan esta situación es en “lo psicológico”, donde se hacen cargo individualmente de sus dificultades defendiéndose como pueden, siendo esta es una salida común. El sujeto “está liberado, pero al mismo tiempo completamente indefenso y solitario, no tiene en suma más elección que un éxito conseguido mediante la movilización de sus recursos o irse a pique” (Castel, 1986, p.457).

No se puede dejar pasar el problema de las técnicas desarrolladas para abordar estos problemas. Castel (1986) señala que en el contexto de una “cultura psicológica” un sinnúmero de problemas parece susceptible de ser abordado por soluciones psicológicas, incluso cuando no son de este tipo las soluciones requeridas. Por tanto, las técnicas desarrolladas hay que entenderlas como consecuencia de la promoción de lo psicológico en la sociedad actual, teniendo pocas veces intención reparatoria, sino que de incrementar el propio potencial psicológico de las personas. Se crean entonces técnicos y nuevas instituciones que proliferan, sobre todo gracias a fenómenos como la atomización social.

Si este es el panorama en torno a las técnicas de intervención, cabe lógicamente problematizar el lugar del especialista que trabaja en salud mental y salud mental comunitaria. Concretamente, una de las prácticas con las que deben convivir hoy los profesionales de salud mental (entre tantos otros), según señala Pakman (2011), es el reinado de los procedimientos, los que encauzan las acciones de los profesionales limitando sus elecciones terapéuticas y su creatividad. Hay además, varias disciplinas cada una con sus teorías y herramientas, pero como señala Galende (1990) operan bajo el criterio del pragmatismo y la eficacia, realizando el especialista no un ejercicio de una totalidad humana, sino que limitado a la reparación parcial de un aspecto de la vida del enfermo. En palabras de Castel, Castel y Lovell (1980) esto muestra como se ha visto

forzado el paso de la reparación de la enfermedad a “un «esquema de refuerzo de la normalidad». El objetivo no es ya curar ni siquiera tan sólo conservar la salud; se trata de corregir las desviaciones y de maximizar el funcionamiento del individuo” (p.290).

Es por esto, que el problema debe ser situado pensando que la salud mental es sensible al sistema político y que la salud pública no es solo aplicación de técnicas, sino que es necesario incluir las condiciones del bienestar de la gente, los problemas planteados en su complejidad real, “el contexto social, las condiciones económicas, la incidencia de las políticas generales, la organización del trabajo y del tiempo libre, el nivel de ingresos, vivienda, etc., forman parte esencial de las condiciones de salud” (Galende, 1990, p.189). Es por esto, que los desarrollos de la salud mental centrados en lo comunitario son tan relevantes de recopilar y de construir en la medida que se plantean como una alternativa que actúa sobre todos los aspectos del fracaso y sufrimiento humano permitiendo pensar e intervenir los problemas de la salud/enfermedad mental, sobre todo en poblaciones marginadas. Por ejemplo, Pakman (2011) desde la micro política cuestiona el concepto mismo de que los complejos problemas que enfrentan las familias llamadas multiproblemáticas sean exclusivamente psicológicos, rescatando sobre todo la idea de promover profesionales comprometidos con favorecer a poblaciones carenciadas sin sacrificar la voluntad de los sujetos (y no “objetos”) de la intervención.

En este contexto es que el modelo de salud mental comunitaria aparece como un arma de doble filo, en la medida en que puede ser tomado como un proceso de instrumentalización y de intervención en un nivel que antes no había sido posible. Es importante poner en cuestión que en los dispositivos de salud mental y salud mental comunitaria se asigna un valor positivo a la familia y la comunidad, pero a su vez se mantienen lógicas manicomiales que son una extensión de la psiquiatría hegemónica (Gallardo y Hirmas, 2012). Esto con el fin de readaptar ya no solo a un individuo, cuerpo o subjetividad, sino que podríamos estar en el borde de legitimar la marginalidad de una mayoría, entregando la lógica psiquiátrica como posibilidad de reparación de esta situación (Gallardo y Hirmas, 2012).

Uno de los fenómenos que parece más relevante, es señalado por Galende (1990) como la tendencia a que la población y los individuos asuman la gestión de sí mismos, de su bienestar, de su enfermedad. De la mano con esto se difunde como solución la participación comunitaria en referencia a los cuidados de la salud. Lo anterior es aceptado

por los organismos internacionales y expresa un nudo en el problema de la salud mental y salud en general de la sociedad actual. Esto es lo que Gallardo e Hirmas (2012) han señalado como nuevo lugar de "lo comunitario": concepto básico y renovador frente al modelo asilar, pero que no realiza una explícita construcción de aquello, sino más bien, se define como un modelo basado en la acción en red, dejando el resto a la amplia interpretación. Esto brinda peligros como forzar un "técnico de salud mental" como rostro público de la asistencia, abriendo así en los establecimientos públicos la posibilidad de que se conviertan en un nuevo espacio de institucionalización de la pobreza y la marginalidad (Galende, 1990). Esta idea se hace importante en la medida que entendemos que el campo de la salud mental comunitaria tiene que ver directamente con la comunidad y los vínculos dentro de ella, pero la comunidad no es la respuesta en sí misma, sino que requiere claridades respecto de los fenómenos que acontecen contemporáneamente en torno a ella para no recurrir al paradigma de la psiquiatría nuevamente.

Esto se suma a lo que Rose (2007) denomina como una nueva forma de gobierno en relación a las comunidades, donde:

Los seres humanos a ser gobernados pasaron, así, a ser concebidos como individuos que han de volverse activos en su propio gobierno. Y su responsabilidad ya no seguiría siendo entendida como una relación de obligaciones entre el ciudadano y la sociedad, promulgada y regulada gracias a la mediación del Estado, sino que sería una relación de lealtad y responsabilidad para con los seres cercanos, con quienes el propio destino está asociado. Cada sujeto estaría ahora situado en una variedad de redes heterogéneas y superpuestas –de inversión y preocupación personal–, por uno mismo, por la propia familia, por el propio vecindario, por la propia comunidad, por el propio lugar de trabajo (p.117)

Esto hace que, la comunidad no sea simplemente el territorio de gobierno, sino un medio de gobierno: sus ataduras, lazos, fuerzas y afiliaciones deben ser celebradas, fomentadas, nutridas, conformadas e instrumentalizadas con la esperanza de producir consecuencias deseables para todos y cada uno (Rose, 2007). Estos procesos de todas maneras siguen acompañados de una intervención disciplinaria y en conjunto se enfocan en ciertas personas, sectores y localidades para ser corregidos; estos son los marginales, los excluidos. Ellos son fragmentados y divididos en sus dificultades particulares,

entonces, necesitan ser atendidas por medio de la actividad de una variedad de especialistas, cada uno de los cuales es experto en un problema particular (Rose, 2007).

La salud mental comunitaria enfrenta así un panorama doblemente adverso, por un lado, tiene que atender y dar respuestas a mecanismo de gobierno de sí, subjetividades ultra individualizantes y poco colaborativas en términos de pensar la salud y la enfermedad. Y por otro lado debe cuidar muy bien sus teorías y técnicas para que no estén al servicio de una instrumentalización de la comunidad y sus lazos. Esto se puede ver reflejado, por ejemplo, en las políticas de salud, donde se regulan grandes poblaciones, pero a su vez se le pide a cada miembro de una comunidad que sea gestor y se haga cargo de su propia vida. Allí en este intrincado entre lo individual y lo colectivo se sitúa el campo de la salud mental comunitaria (Galende, 1990).

Entonces, se deberían poder pensar los problemas de estas personas y comunidades sin rellenar los huecos de esta crisis con más psicología, sino que encontrar por sobre todo medios y políticas para ayudar a los sujetos que fracasan en esta sociedad y sus sufrimientos. Para ilustrar este punto una cita de Galende (1990) señala muy bien donde se encuentran situados hoy los problemas de la salud mental.

No se trata entonces, para nosotros, de una utopía relacional o de proveer una sociabilidad programada (...), sino de actuar en los sectores del tejido social donde se producen las fracturas de la relación humana, para ayudar a recuperar lo que entendemos como condición necesaria de un desarrollo subjetivo más pleno: el lazo social, la solidaridad grupal, la asunción colectiva de los problemas. Es necesario para ello asumir que la Salud Mental se constituye como un sector de la práctica social complejo y contradictorio (p.210).

En el contexto de este análisis, eminentemente político, tiene sentido preguntarse por nuestra forma de comprender y de naturalizar ciertas visiones propias de un saber/poder como es el campo de la salud. En este sentido, se ha mostrado ya que la definición de salud en Chile se alinea a los criterios de la OMS. Se trata del concepto de lo biopsicosocial, relacionado con una visión integral de estas necesidades a lo largo de todo el ciclo vital, en donde el individuo es un ser social integrante de múltiples sistemas (MINSAL, 2008).

Un enfoque que ha alcanzado amplio consenso, tal vez en descuido de una definición de salud teóricamente más rica, son los llamados Determinantes Sociales de la Salud (DSS), que apuntan al contexto social y a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud (Frenz, 2005), es decir, las desigualdades de distribución del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, el acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, trabajo y tiempo libre, vivienda, etc. Según observan autores como Lopera (2015), si bien las conferencias internacionales después de Alma-Ata en 1978 y de la Carta de Ottawa en 1986, demuestran la importancia dada a los llamados Determinantes Sociales en Salud, se encuentra que en estos documentos oficiales no son explícitas las definiciones sobre salud, dando lugar a ambigüedades en particular a lo que se refiere a la salud mental. Así también, los principales instrumentos de políticas públicas de la OMS en salud son ambiguos en cuanto al concepto de salud mental, donde algunos no explicitan ninguna definición, mientras otros asumen la definición de bienestar de la OMS pero la derivan a la sola consideración de los trastornos mentales, dejando la salud como mero reflejo de la ausencia de trastornos (Lopera, 2015).

Por ejemplo, en el informe Promoción de la salud mental (2004) la propia OMS reconoce que se ha descuidado la atención de la salud en aquellas personas saludables al centrarse en las enfermedades mentales (Lopera, 2015). Este mismo informe contiene un apartado denominado salud mental positiva donde se destacan distintos enfoques teóricos que han aportado a la comprensión de la salud mental, pero sin posicionarse en alguno de ellos ni profundizar en su valoración o consecuencias.

Es posible sostener a continuación que la definición de salud como bienestar que hoy encuentra consenso, puede ser puesta en tensión a partir de la propuesta de Georges Canguilhem, estudioso de la historia de las ciencias biomédicas que tomó la salud como objeto de investigación filosófica centrándose en la oposición entre lo normal y lo patológico. En su trabajo llevó al límite la tesis de que “no hay ciencia de la salud” (Caponi, 1997, p. 289), señalando que el concepto de salud “no es científico, es un concepto vulgar. Lo que no quiere decir trivial, sino simplemente común, al alcance de todos” (Canguilhem, 2004, p.52). Así, en la medida en que la salud no pertenece al orden de los cálculos, de las leyes y los promedios estadísticos, no pertenece al ámbito de los expertos, sino que por el contrario, puede ser enunciada por cualquier ser humano vivo (Caponi, 1997). Esto implica que “no podemos dejar de hablar en primera persona allí

donde el discurso médico se obstina en hablar en tercera persona” (Caponi, 1997, p.290). O en palabras del autor “para el organismo la enfermedad se constituye como una nueva manera de comportarse en relación con el medio ambiente. El estar enfermo, significa para el hombre vivir una vida diferente, incluso en el sentido biológico de la palabra” (Canguilhem, 2009, p.60).

Ahora bien, esta salud vista como concepto vulgar permite cuestionar ciertas visiones hegemónicas sobre la salud, como la que impera en el discurso biopsicosocial o la que alude al equilibrio y la adaptación al medio (Caponi, 1997). En Canguilhem (2009a), la salud es pensada como margen de seguridad, esto es, un poder de tolerancia a las agresiones del medio ambiente. Para este autor las infidelidades del medio y el malestar forman parte constitutiva de nuestra historia pues nuestro mundo es un mundo de accidentes posibles. Así, la salud no puede ser reducida a un simple equilibrio adaptativo, sino que debe ser pensada como la capacidad de instaurar nuevas normas en situaciones adversas. Se trata entonces de una capacidad de tolerancia que incluye la idea de lo adaptativo, pero la excede (Canguilhem, 2009a; 2004). Entonces, se debe trabajar el concepto haciéndolo más relativo, es decir, negándose a aceptar cualquier valor universal preestablecido sobre la salud. Desde su perspectiva, “la salud puede ser considerada como la posibilidad de caer enfermo y de poder recuperarse” (Caponi, 1997, p. 292).

Así también, la definición de salud como bienestar biopsicosocial de la OMS puede resultar políticamente conveniente para legitimar la exclusión de todo aquello visto como indeseado o peligroso (Caponi, 1997). Al presentar el bienestar como un valor se está reconociendo como perteneciente al ámbito de la salud todo aquello que calificamos de modo positivo y que debería producir una sensación de bienestar. Al hacerlo, se descalifica como dis-valor, como su reverso patológico, todo aquello que se presente como indeseado, aun cuando los infortunios forman parte ineludible de nuestra existencia. En otras palabras, este anhelo de bienestar parece suponer una existencia sin angustias, sin considerar que éstas forman parte de la historia de cada ser humano (Caponi, 1997).

Es en este sentido que la propuesta de salud vulgar de Georges Canguilhem permitiría complementar y abrir debates en el campo de la salud mental comunitaria que se han visto obturados, ya sea por políticas y teorías hegemónicas sobre la salud y la enfermedad o por los obstáculos que impone la sociedad contemporánea al trabajo en las comunidades respecto de la salud mental y la subjetividad. Ya que, como señala

Stolikiner (2013) los trabajadores en el campo de la salud mental están constantemente tensionados por el modelo y tendencias biomédicas, incluso aunque las teorías y técnicas con las que trabajamos no compartan un paradigma objetivante. Se requiere de una constante reflexividad para saber por dónde se cuele este paradigma convirtiendo teorías que no lo son en acciones que sí lo son. Como lo plantea Galende (1990):

Una política de Salud Mental que se proponga reformular la situación representada por la institución asilar, debe construir una alternativa global, debe pasar de una disciplina de lo mental, cuyo rostro institucional es el hospital psiquiátrico, a un dispositivo nuevo cuyo núcleo es la participación de la comunidad. Esto requiere reformular en profundidad los criterios profesionales, las técnicas de abordaje, las instituciones y la ideología de salud y enfermedad en el conjunto social (p. 212).

Galende continúa advirtiendo que si no se actúa de esta forma, se corre el riesgo de no reformar, sino extender la asistencia psiquiátrica a nuevas poblaciones. Entonces, se hace necesario investigar y observar el concepto de salud que cargan los sujetos y qué prácticas surgen asociadas a estas ideas, si lo que se busca es una reformulación y superación efectiva del modelo de salud y no la reacomodación de un modelo supuestamente superado.

A esto se suma, siguiendo a Lopera (2015), que existe una ausencia de la voz de las personas que son “objeto” de intervenciones en salud: “No se da debida importancia a los procesos discursivos y dialógicos con la comunidad, la relevancia de escuchar y analizar las alternativas con las personas directamente afectadas o interesadas; en su lugar, se ofrecen unas soluciones estudiadas y analizadas por expertos en salud mental” (p.18). Así, los usuarios de los servicios no han participado en forma visible (sino tal vez indirecta) en la definición de muchos de nuestros conceptos especializados, como se aprecia en el caso de la salud.

Cabe aquí preguntarse entonces cuáles son las experiencias de salud que tienen los propios sujetos de las intervenciones en salud para discutir luego qué lugar tiene la posibilidad de estar enfermo en la sociedad actual y que cargas caen sobre quienes se definen y son definidos como enfermos. Así también, cómo dialoga un paradigma crítico con estas definiciones de salud y enfermedad.

De manera que para la fundamentación de esta investigación se puede hacer la distinción en términos de un problema del contexto concreto de los participantes de la investigación y también de un problema teórico (Bassi, 2015). El primero correspondería a la identificación de experiencias en salud propias de usuarias del COSAM de Conchalí, esto en el contexto del diagnóstico nacional respecto de estos dispositivos en el sistema de salud pública. En base a esto nos proponemos ahondar en este contexto particular para poner en discusión la propuesta sobre el concepto de salud vulgar. La segunda distinción en el problema tiene que ver con la definición teórica del concepto de salud y salud mental dentro de los márgenes en los que se ha definido desde las instituciones hegemónicas como la OMS y OPS. Se debe discutir sobre cómo el concepto de salud vulgar planteado inicialmente por Georges Canguilhem y desarrollado por otros autores posteriormente, puede permitir ampliar o modificar algunas concepciones sobre la salud y particularmente ser un aporte al campo en discusión que es la salud mental comunitaria.

Luego de lo anterior entonces nos preguntamos en esta investigación ¿Cuáles son las experiencias con respecto a la Salud Mental en usuarias del COSAM de Conchalí?

IV. Objetivos y Pregunta de investigación

Pregunta de investigación:

¿Cuáles son las experiencias con respecto a la Salud Mental en usuarias del COSAM de Conchalí?

Objetivo General:

Analizar las experiencias con respecto a la Salud Mental en usuarias del COSAM de Conchalí.

Objetivos Específicos:

- Realizar una revisión conceptual sobre salud y salud mental.
- Distinguir experiencias respecto de la Salud Mental en usuarias del COSAM de Conchalí.
- Articular las distinciones entre las experiencias de usuarias del COSAM de Conchalí con respecto a la Salud Mental y los conceptos de salud colectiva y salud vulgar.

V. Relevancia

La relevancia de esta investigación está situada, en primer lugar, en la discusión en torno a las definiciones hegemónicas de salud y salud mental. Se puede constatar que a pesar de los consensos que existen hoy en una amplia literatura, sobre todo en la elaboración de planes y modelos en salud pública (por ejemplo MINSAL, 2014, 2016; OMS, 2001) la OMS establece una definición de salud ambigua y centrada en los aspectos positivos. Esto tiene como consecuencia que si no existe una definición clara de salud y salud mental aunque sea provisoria, “las políticas, programas, estrategias y acciones implementadas para el logro de la salud mental, marchan erráticas, o centradas exclusivamente, quíerase o no, en los trastornos mentales” (Lopera, 2015, p.17). Este centramiento en los trastornos psiquiátricos presente en los modelos y las acciones en salud pública ya ha sido criticado desde las perspectivas de salud colectiva (Galende, 1990, 2008; Stolkiner y Ardila, 2012; Caponi, 1997, 2006), donde si bien la discusión sobre la definición de salud se mantiene abierta, sí coinciden en puntos centrales como la renuncia a la idea de igualar normalidad y salud, la necesidad de resaltar la capacidad de afrontamiento de la enfermedad junto con enfatizar en el contexto que la posibilita o favorece, esto es, más allá del padecimiento individual. Por ello sostenemos que la relevancia política de esta investigación tiene que ver con que los conceptos tomados por consensuados direccionan algunas de nuestras acciones al mismo tiempo que dejan fuera otras prácticas (Caponi, 1997). Se hace entonces necesario que sean revisados constantemente acorde a los cambios sociales.

Ante esto, esta investigación apuesta a que la propuesta teórica de salud vulgar que se recoge en los trabajos de Georges Canguilhem (1976, 2004, 2009a, 2009b), puede ser un aporte al complejizar y dar luces en este problema. Su perspectiva teórica obliga a tomar como punto central la perspectiva del usuario en su salud, donde las formas que se le ofrecen para restaurarla o mantenerla se hacen centrales. Este es el segundo punto político que da relevancia a esta investigación, ya que actualmente las evaluaciones del vigente Modelo de Salud Mental Comunitaria detectan un bajo nivel de participación real de usuarios, usuarias y otros agentes comunitarios, quienes no siempre son considerados en los procesos de planificación de cada centro de salud mental (MINSAL, 2014; 2016). Replicando esto que ocurre en los centros de atención, ha ocurrido también que existe una cierta reticencia por parte de los investigadores sanitarios

a abordar problemas que se sitúan en las perspectivas de los pacientes (Amezcuca y Gálvez, 2002). Este trabajo puede entonces aportar a la recuperación de la voz de los usuarios y al permanente debate respecto de nuestros propios conceptos, cuestionar la masificación de las clasificaciones psiquiátricas y avanzar en situar el problema de la salud mental en su real complejidad al mismo tiempo singular y social.

También se debe enfatizar en la relevancia contextual que tiene esta investigación para el COSAM de Conchalí y la comunidad que atiende. En efecto, entre los nudos críticos a modificar en los Centros Comunitarios se ha considerado como problemático el insuficiente conocimiento de la población beneficiaria que está adscrita a los centros y que potencialmente requeriría de atención. No hay una caracterización de la población local y de las comunidades específicas existentes, desconociendo así las necesidades de los usuarios y sus expectativas de atención en salud mental (MINSAL, 2016). La ausencia de estos estudios termina en que la programación de las acciones en salud mental se realiza en base al recurso humano disponible en los equipos y no en base a las necesidades de la población, lo cual distorsiona al modelo de atención comunitaria (MINSAL, 2016).

Si bien los documentos oficiales enfatizan en la necesidad de estudios epidemiológicos que entreguen diagnósticos locales y que permitan diseñar intervenciones focalizadas, creemos que también estudios de corte cualitativo como la presente investigación deben ser considerados como necesarios si lo que se busca es un mejor conocimiento de la población beneficiaria. El propio Modelo de Gestión (MINSAL, 2017) acusa que se ha dado poca importancia a la realización de estudios epidemiológicos o descriptivos de la población, no existiendo incentivos ni tiempos para que los equipos se vinculen en ellos. Así, estudios como el que aquí se presenta pueden tener una incidencia particular para el COSAM y la comuna de Conchalí, en la medida en que se presentan nuevos insumos respecto de los usuarios y la relación que ellos han establecido con la institución de salud. Además puede dar cuenta del curso histórico de una institución (COSAM de Conchalí) que fue el primer centro de estas características en Chile.

Finalmente, una relevancia disciplinaria tiene relación con que un amplio campo de acciones en psicología se ocupa de temas en salud (incluso más allá de las instituciones especializadas), por lo que la revisión y reflexión sobre este concepto debería atravesar sus diversas áreas.

VI. Marco teórico

6.1.- Lecturas gubernamentales sobre la comunidad y el sujeto

Hay ciertas características del contexto social y político actual en donde se sitúan las discusiones en torno a la salud y salud mental, las que permiten entender mejor el marco en el que se inscriben estas propuestas y con qué dificultades tienen que dialogar. Sobre todo, se debe pensar en la relación que tienen estas discusiones con los estudios de producción de subjetividad. En palabras de Stolkiner (1994) creemos que es importante:

Abrir interrogantes sobre las formas particulares de producción de subjetividad y/o de padecimiento inherentes a las actuales transformaciones económicas, sociales y culturales. Avanzar sobre esta problemática es indispensable para pensar cuales son o deben ser las acciones a desarrollar en el campo de la salud mental, entendido como un conjunto heterogéneo y contradictorio de prácticas sociales (p.2).

De manera que no es posible iniciar una discusión sobre el concepto de salud sin antes posicionarse en el debate teórico respecto de la producción de subjetividad contemporánea.

Desde la concepción de sujeto a la que nos referiremos aquí, no hay una separación tajante entre lo económico, lo político y lo singular, como tampoco existe una influencia externa lineal de estos factores sobre el sujeto, sino que se trata un entretejido donde todo esto se imbrica de manera compleja (Stolkiner, 1994). Tampoco se habla de lo psíquico o subjetivo en dicotomía con lo social, como lo señala Stolkiner (2001) rescatando a Negri (1992):

Definimos sujeto como un ser común y potente que se forma en el proceso histórico. Ser común, porque está compuesto de las necesidades comunes de la producción y de la reproducción de la vida. Ser potente, puesto que rompe continuamente estas necesidades para determinar innovación, para producir lo nuevo y el excedente de vida. El sujeto es un proceso de composición y

recomposición continua de deseos y actos cognoscitivos que constituyen la potencia de la reapropiación de la vida (p.36).

La subjetividad es entendida como ni interior ni exterior en la medida en que actuamos y percibimos frente al otro como un semejante, siendo el sujeto quien interpreta significados y efectúa valoraciones dentro de los marcos de cultura y de su época. Para Galende (2008), se trata de un ser social, lingüístico y cultural que se constituye en la relación con el mundo y con los otros. El mismo autor señala que en discusión con esta posición existe también una lectura objetivista que tiene sus raíces en planteamientos de autores como Descartes y Comte, donde se plantea un sujeto objetivo. Predomina aquí una actitud científica y racional sobre un sujeto que es poseedor de la verdad entendida como objetividad. Se transforma lo que se quiere conocer en objeto para su conocimiento, existiendo un ocultamiento de las dimensiones sociales y políticas del sujeto (Galende, 2008). Sin embargo, no es posible en esta perspectiva rescatar los elementos necesarios para pensar la subjetividad contemporánea, si esta es entendida como se planteará a continuación.

Existen varios fenómenos que ubicar en este entramado donde está el sujeto. Pero antes cabe señalar el eje donde se articulan unas lecturas que se han posicionado desde las denominadas teorías de la gubernamentalidad. Estas se entienden en el marco de lo que Foucault (2007) ha señalado como gobierno. Aquí el gobierno no busca imponer una ley a los hombres como ocurría en la llamada soberanía, sino que se trata de disponer las cosas: “De utilizar tácticas más que leyes, o, como mucho, de utilizar al máximo leyes como tácticas; hacer de modo que, por ciertos medios, tal o cual fin se pueda alcanzar” (p.201). En palabras de Foucault (2007) se refieren tres elementos centrales para comprender la gubernamentalidad:

Por «gubernamentalidad» entiendo el conjunto constituido por las instituciones, los procedimientos, análisis y reflexiones, los cálculos y las tácticas que permiten ejercer esta forma tan específica, tan compleja, de poder, que tiene como meta principal la población, como forma primordial de saber, la economía política, y como instrumento técnico esencial, los dispositivos. En segundo lugar, por gubernamentalidad entiendo la tendencia, la línea de fuerza que, en todo Occidente no ha dejado de conducir, desde hace muchísimo tiempo, hacia la preeminencia hacia ese tipo de poder que se puede llamar gobierno sobre todo lo demás: soberanía, disciplina; lo que ha comportado, por una parte, el desarrollo de

toda una serie de aparatos específicos de gobierno, y por otra, el desarrollo de toda una serie de saberes. Por último, creo que por gubernamentalidad habría que entender el proceso de o, más bien, el resultado del proceso por el que el Estado de justicia de la edad media, convertido en los siglos XV y XVI en Estado administrativo, se vio poco a poco «gubernamentalizado» (p.213).

Esta siempre breve introducción a la gubernamentalidad no puede dejar pasar que lo descrito anteriormente no implica la superación de elementos disciplinarios o soberanos, sino que se da en efecto, un triángulo: soberanía-disciplina-gestión gubernamental cuya meta central es la población y sus mecanismos esenciales los dispositivos de seguridad (Foucault, 2007).

Ahora bien, si lo que nos interesa es pensar la comunidad desde una lectura como esta debemos decir que la precarización del trabajo, la desarticulación comunitaria y los nuevos vínculos que se forman a raíz de esto, son fenómenos que están presentes en la sociedad contemporánea. Los dos últimos son de especial interés para esta investigación, ya que estos procesos se manifiestan en las formas singulares de malestar, así como lo hacen en los perfiles epidemiológicos de la población y son entonces un desafío para la salud mental (Stolkiner, 1994).

Es por esto que sobre la cuestión de la comunidad y su estado actual existe un diagnóstico común acerca de una preocupante desarticulación comunitaria, en circunstancias donde se ha señalado que los niveles de organización y solidaridad de una comunidad constituyen un soporte subjetivo relevante para sus miembros (Stolkiner, 1994). En la comunidad lo relevante es la relación con los otros, donde cada sujeto singular “es un otro para los otros con los que con-vive, con los que comparte un estar-en-común” (Martínez, 2006, p.34). Cuando existe una erosión de los vínculos comunitarios se resiente fuertemente en la salud mental de sus integrantes, manifestándose por ejemplo, en la capacidad de las familias y los grupos sociales de contener o no un enfermo en su seno, efecto que se agrava en países latinoamericanos por las características particularmente poco reguladas o salvajes de los aspectos económicos y políticos afectando más fuertemente a sectores marginados (Stolkiner, 1994).

Ahora bien, no se está refiriendo aquí a una “comunidad primordial”, trascendente de esencia cristiana como señala Martínez (2006) recogiendo las ideas de Nancy, sino que se piensa como la comunidad que es la comunidad de los otros, como la que

permanece en el estar-en-común de los seres singulares que no están en una relación fusional, sino expuestos los unos a los otros en condiciones de alteridad.

Luego de plantear esto, se puede plantear un análisis gubernamental en torno a la intervención en las comunidades como proceso que es actual por excelencia, y como articulador de una serie de discursos respecto de la construcción de subjetividades. En este sentido, Rose (2007) nos muestra cómo la “comunidad” se ha vuelto progresivamente un territorio y medio de gobierno. Como señalamos anteriormente, cada sujeto estaría ahora situado en una variedad de redes heterogéneas y sobrepuestas donde existe preocupación “por uno mismo, por la propia familia, por el propio vecindario, por la propia comunidad, por el propio lugar de trabajo” (p.117). Estas redes en la comunidad resultan fundamentales para las estrategias del gobierno de los otros y las técnicas para el gobierno de sí (a las que nos referiremos a continuación). Un punto especial resaltado por Rose (2007) es que se crean entonces nuevos lenguajes que moldean las estrategias y programas que se dirigen hacia problemas en las dinámicas de la comunidad. El punto crítico se encuentra al pensar una intervención en salud mental que busque interpelar de un modo moral y a través de los lazos a un individuo de la comunidad, organizada de cierta manera que sea de utilidad para la gestión gubernamental de la comunidad. En este sentido la comunidad no es más que:

Esas redes de lealtad con las que uno mismo se identifica existencial, tradicional, emocional o espontáneamente, en apariencia, más allá y por encima de cualquier valoración calculada, basada en el propio interés (...). Las lógicas colectivas de la comunidad son traídas aquí para articularse con el ethos individualizado de la política neoliberal: elección, responsabilidad personal, control sobre el propio destino, autopromoción y autogobierno (Rose, 2007, p.122).

Esto es lo que Galende (1990) ha señalado como la tendencia a que la población y los individuos asuman la gestión de sí mismos, de su bienestar, de su enfermedad. De la mano con esto se difunde como solución la participación comunitaria en referencia a los cuidados de la salud, pero no con el énfasis en la participación, sino que en instalar una nueva forma de gobierno que rinde bastante (y que se podría leer entre líneas en varias políticas sociales impulsadas, por ejemplo, por la OMS).

Es así como en los grupos más integrados, que mantienen su estado inclusión a costos altos, lo mencionado anteriormente opera al verse inmersos en lo que se ha

llamado una soledad relacional donde “los vínculos barriales y de vecindad, los familiares extensos, así como los gremiales y de participación política se labilizan” (Stolkiner, 1994, p.7). Junto con esto los espacios públicos se restringen dando más lugar a relaciones con máquinas y objetos. Y es aquí donde encuentra frutos la propuesta neo-individualista, volcándose los individuos sobre sí mismos, incrementando así sentimientos de vacío y aislamiento (Stolkiner, 1994; 2001; Castel, 1981).

Sucede entonces en la comunidad y sus relaciones que se generan también nuevas alternativas de vínculos. Castel (1997) pone como característica central el concepto de desafiliación social proponiéndolo en lugar del más clásico concepto de exclusión, ya que este término parece dividir la sociedad entre los que están dentro y los que están fuera. En cambio, la desafiliación como concepto permite la existencia de matices, visualizando no una ruptura sino un recorrido hacia zonas de vulnerabilidad y marginalidad (Arteaga, 2008). Además, aquí Castel (1981) distingue dos formas principales de marginalidad producto de la desarticulación de los vínculos. La primera es una marginalidad libre caracterizada por su distancia del trabajo y de las formas de protección social. Y la segunda una marginalidad institucionalizada por la asistencia estatal (como se verá, es posible que aquí podamos ubicar a una buena parte de los usuarios de servicios de salud mental). Los primeros son grupos que a pesar de vivir cruzados por una violencia creciente tienen sus propias formas organizativas, existiendo formas de violencia interna dentro del grupo y de violencia estructural. Aun así sus formas organizativas son precarias y vulnerables en la medida en que son gestadas en la marginación. La segunda marginalidad recibe la mayor influencia del neo individualismo como propuesta hegemónica, quedando para ellos la protección de espacios privados y barrios cerrados.

Se puede postular que al no atender a este tipo de matices propios de las diversas situaciones de marginalidad o desafiliación, se ha conducido a que las políticas de salud mental encuentren una frontera que retrasa o en ocasiones impide el desarrollo de las aspiraciones del modelo comunitario. Por ejemplo, esto se ha evidenciado en el caso de usuarios de salud mental y pacientes psiquiátricos, sobre todo esto cuando buscan soporte en unas comunidades precarizadas o en familias con escasa capacidad de contención, ello al darse prioridad en las políticas a la disminución de los costos, sin crear los recursos necesarios en las comunidades (Stolkiner, 1994).

En una relación complementaria con lo recién expuesto, es que este sujeto contemporáneo ha tenido que buscar alternativas de mejoría en el marco de lo que Castel (1981) denomina cultura psicológica, donde se busca la gestión administrativa de las poblaciones en riesgo “psicológico”. Aquí el objetivo es el trabajo psicológico de los sujetos hacia sí mismos, enfocándose en la movilización propia, y modelando formas particulares de subjetividad. Como señala Castel (1981) el lugar del saber médico-psicológico busca aquí intervenir también sobre el estado del hombre normal y el tejido de la sociabilidad ordinaria:

Las condiciones sociales que provocan tal actitud pueden agravarse con la actual coyuntura histórica. Ello no quiere decir que todos los marginales pasen a ser clientes de las nuevas terapias; pero sí puede significar que la cultura psicológica se presenta como alternativa a una situación en la que los estímulos de los valores sociales se tambalean, tanto más cuanto que las alternativas políticas son confusas. (p.130)

La construcción de una subjetividad entonces, no queda en ningún sentido ajena a un lugar donde no solo los vínculos y comunidades se redefinen, sino también donde las identidades se ven cuestionadas, donde además existe una crisis de las representaciones de género y un estallido de las diversidades y donde, por consecuencia, las formas institucionales como familias, comunidades, organizaciones gremiales y políticas son nuevamente cuestionadas (Stolkiner, 2001). Una de las formas de lidiar con esto es buscar respuestas en lo psicológico, lo que aparece como la salida común y más probable para hacerse cargo individualmente de sus dificultades (Castel, 1986).

Frente a este escenario, se está de acuerdo con Stolkiner (2001) cuando afirma que no se puede hablar de “una” subjetividad actual y que no es posible en el campo de la Salud Mental reducir las formas de padecimiento subjetivo a un registro conceptual psicopatológico. Esta autora se posiciona críticamente respecto a un proceso de subjetivación que hoy parte de las categorías psiquiátricas, como también lo hace Caponi (2016) al proponer que el sujeto de la sociedad contemporánea se asienta en la enunciación de una verdad sobre sí como lo que denomina una identidad psiquiatrizada.

Según Caponi (2016), la tendencia a enunciar en términos psiquiátricos una verdad sobre nosotros mismos puede llegar a operar como articulador para la construcción de nuevas subjetividades medicalizadas. Explica que a partir de la

enunciación de los diagnósticos psiquiátricos parecen construirse nuevas identidades e identificaciones, configurando “un nuevo modo de vincularnos con nosotros mismos” (p.65). Cabe entonces interrogarse sobre cómo es que la psiquiatría ha definido las formas de ser sujeto: de qué modo establece identidades en relación a las cuales se construye una subjetividad.

En pocas palabras, y cercanos a las teorías de gubernamentalidad, existiría una articulación entre la enunciación de verdad, el gobierno de los otros y el gobierno de sí. Se trata del triángulo demarcado por tres polos: gobierno, veridicción y procesos de subjetivación, donde se busca comprender cómo gobierno y verdad se vinculan con los modos de subjetivación: “se trata de entender cómo nos construimos como sujetos al vincularnos con ciertos enunciados, a los cuales se atribuye valor de verdad, y con ciertas estrategias de gobierno, derivadas de la aceptación de esas verdades” (Caponi, 2016, p.69). Esto es importante toda vez que el gobierno no se limita a exigir a los hombres actos de obediencia y sumisión, sino que también supone actos de verdad que los individuos gobernados deben realizar y dirigir en relación a sí mismos (Caponi, 2016).

La aceptación y la reproducción de aquello considerado como verdadero en un determinado lugar y momento histórico, exige la creación de un sistema de reglas y de instituciones capaces de obligar a los individuos a aceptar esta verdad y, al mismo tiempo, reconocer la autoridad de quien la enuncia. Esto significa que no es por la simple evidencia que una verdad científica se impone, sino que entre la enunciación de la verdad y su aceptación en el individuo, es necesaria la mediación de mecanismos, de estrategias institucionales y discursivas (Caponi, 2016). A partir de este análisis foucaultiano, la autora propone que en la estrategia actual de construcción de subjetividad se conduce al sujeto a la renuncia de sí, a través de los enunciados de verdad del saber psiquiátrico, en la medida en que su subjetividad (la enunciación de una verdad sobre sí mismo) se reduce a una identidad patologizada definida por un diagnóstico (Caponi, 2016).

Se está de acuerdo con el análisis que hacen Stolkiner y Caponi, sin embargo, al mismo tiempo se debe tener presente, con Galende (1990), que establecer una posición crítica como la anterior no implica pretender abolir la capacidad patológica que puede tener cualquier proceso de subjetivación humana, sino que busca facilitar espacios para una permanente interrogación teórica y práctica respecto a la construcción del sujeto.

Para esta investigación las implicancias de esta lectura en las prácticas de salud mental, sobre todo en la relación entre el especialista en salud mental y el usuario sujeto (y no objeto) de la intervención, son descritas de forma contundente por Stolkiner (2001):

Es imposible trabajar en la línea de la subjetivación sin revisar y actuar sobre las condiciones de objetivación que recaen sobre uno mismo. De no darse esta necesaria reflexividad la condición se manifiesta de manera directa en la práctica. Dicho de otra manera se impone un primer paso que es reconocer cuál es nuestra ubicación como actores. Una aproximación reflexiva implica reconocerse en la posición que se ocupa en un determinado campo, posición que no es neutral, no es externa y no deja de producir efectos (p. 7).

Esta interrogación del especialista hacia su propio saber, lo interpela respecto a su concepción del sujeto, al mismo tiempo que exige revisar y cuestionar su posición frente al otro (como sujeto o como objeto de su intervención).

Hasta aquí se ha buscado mostrar que el sujeto es inseparable de una cierta condición de posibilidad. A pesar de todo lo anterior, desde la vereda opuesta la tendencia actual a la objetivación sigue presente en las prácticas en salud mental. La labor que corresponde entonces al especialista es radicalmente política y lo llama a examinar sus presupuestos sobre salud y enfermedad, normalidad y patología, tema que se discute en el siguiente capítulo.

6.2.- Concepto de Salud / Salud Mental: El movimiento latinoamericano de Salud Colectiva y la salud vulgar en Georges Canguilhem.

Este capítulo referido al concepto de salud se presenta en dos apartados. En el primero se presenta la discusión propuesta por el llamado movimiento latinoamericano de salud colectiva frente al modelo médico tradicional, apareciendo la importancia de atender a todo el proceso social que implica la salud, sin reducirlo a lo individual. Con ciertas diferencias que han sido puestas en tensión, una postura similar ha sido reconocida también en el concepto de bienestar de la OMS y el enfoque de Determinantes Sociales de la Salud. El segundo apartado se detiene en la definición de salud vulgar en Georges Canguilhem, toda vez que permite la recuperación de la voz del sujeto en su relación con el medio para la definición de lo normal y lo patológico.

6.2a.- La crisis de un objetivismo y el viraje hacia lo social en Salud /Salud Mental

La alusión obligada para posicionar una definición de los conceptos de salud, salud mental y salud mental comunitaria sigue siendo la llamada Reforma Psiquiátrica, apareciendo desde entonces corrientes y movimientos teóricos, políticos y técnicos como son la salud mental comunitaria, la psiquiatría comunitaria, la medicina social, la salud colectiva, entre otros, como movimientos que dialogan y se entrecruzan durante los siglos XX y XXI. De manera que junto con la descomposición del modelo psiquiátrico asilar emergen una serie de propuestas que construyen nuevas conceptualizaciones respecto de los conceptos de salud y enfermedad.

Galende (1990) muestra que las teorías psiquiátricas tradicionales han estado ligadas a la pretensión de un objetivismo en la mirada clínica y con ello al establecimiento de descripciones y clasificaciones dirigidas a juzgar la conducta anómala y corregirla, así como a la especulación respecto de una causalidad o explicación biológica. Lo que el autor señala como la recomposición de las nuevas políticas de Salud Mental, genera entonces un nuevo espacio a la reflexión teórica que ya no es abordable desde aquella mirada clínica, en la medida en que se intenta abordar problemas más complejos de la vida social.

En efecto, la OMS incita a un cambio de estrategia cuyo énfasis está en la prevención: la responsabilidad de la sanidad pública ya no es solo la reparación del daño o el control de las epidemias, sino hacerse cargo del cuidado de la salud de la población, tanto de la demanda que acude y de la que no acude a los centros de atención (Desviat y Moreno, 2012a). La propia OMS (2001) se refiere así a lo que se ha denominado desinstitucionalización psiquiátrica:

Los hospitales psiquiátricos, allí donde todavía existen, deben cerrarse y sustituirse por una atención comunitaria bien organizada y por camas de psiquiatría en hospitales generales. Los días en los que se internaba a las personas con trastornos mentales o del comportamiento en lúgubres instituciones psiquiátricas de aspecto carcelario deben terminar (p.4).

Desviat y Moreno (2012b) inscriben los principios y objetivos del modelo de salud mental comunitaria en el proceso de reordenación posterior a la Segunda Guerra Mundial, apuntando que el horror de la guerra puso en evidencia tanto la situación que vivían los

pacientes en los hospitales psiquiátricos, como la ineficacia de las instituciones totales que les añadían cronicidad y deterioro, teniendo efectos regresivos y consecuencias iatrogénicas. Se impone así un cambio de referencia por la insuficiencia de las respuestas psiquiátricas ante estas nuevas problemáticas (Galende, 1990). En efecto, este viraje de conceptos debe ser visto como un pasaje permitido, entre otros factores, por el surgimiento de nuevos problemas humanos como la marginación social (lo que se mostró más atrás bajo el concepto de desafiliación en Castel), los nuevos requerimientos productivos del capitalismo y la fractura de los vínculos sociales y la vida colectiva; así como también por la crisis de la psiquiatría en la posguerra (Galende, 1990).

Así, por ejemplo, Desviat y Moreno hablan de Psiquiatría Comunitaria para describir a un modelo de salud pública que va más allá de la asistencia clínica, centrada en el enfermo, para proyectarse en la comunidad. El paciente es visto como representante de un grupo y su tratamiento está determinado no solo por las necesidades individuales, sino principalmente por su relación con el problema comunitario que representa y con los recursos para enfrentarlo (Desviat y Moreno, 2012a):

La salud mental comunitaria estructura una nueva organización de los servicios que va a suponer el paso del servicio de psiquiatría a los servicios de salud mental y tres grandes desplazamientos: del sujeto enfermo a la comunidad, del hospital a los centros comunitarios, y del psiquiatra al equipo (p.22).

Al ser entendida como algo más que el paso a una atención extra-hospitalaria, “la psiquiatría comunitaria representa algo más que un cambio de técnicas; implica nuevas actitudes en el qué hacer cotidiano de las profesiones sanitarias y, por supuesto, una planificación y ordenación de los sistemas públicos que la posibiliten” (Desviat y Moreno, 2012a, p.23-24). Se trata de una nueva formulación en salud: el paso desde el abordaje biomédico al abordaje bio-médico-social, que implica equipos con mayor pluralidad y horizontalidad, así como el reconocimiento de la importancia de la comunidad como una parte más del proceso terapéutico. Podemos sintetizar que entre los principios de la psiquiatría comunitaria propuestos por Desviat y Moreno (2012a) se encuentran:

- concebir el acto terapéutico más allá de la curación, como una acción integradora de la promoción y prevención primaria de la salud, la prevención secundaria y la rehabilitación.

- la consideración de derechos y autonomía, asumiendo conceptos como empoderamiento, resiliencia y recuperación.
- la organización de la comunidad para la defensa de los derechos de los pacientes.
- la integración del saber popular; y el reconocimiento de la importancia de las actividades intersectoriales.

A pesar de que esta declaración de principios toma distancia del modelo tradicional, estos autores al referirse a la reforma psiquiátrica dejan la impresión, explícita o implícitamente, de que este cambio conceptual corresponde a una evolución dentro de la disciplina psiquiátrica, sobre todo al referirse a lo que denominan una Psiquiatría Comunitaria. En cambio, para Galende (1990) el movimiento que llevó al nuevo modelo de acción de las políticas de Salud Mental no debe entenderse como una modernización de la psiquiatría, ya que éste, por el contrario, constituye su crisis: no surge en el interior de la psiquiatría sino que es resultado de un reordenamiento forzado en el campo social y político, aun cuando fue realizado por psiquiatras. La disciplina se ve obligada a incorporar prácticas sociales no médicas que hacen que ya no se hable de psiquiatría sino de Salud Mental como un nuevo campo disciplinario, donde lo que se modifica es la concepción del daño psíquico desde una mirada objetivante hacia una nueva mirada que se enfoca nuevamente en relación a la vida social (Galende, 1990). En ella las referencias son políticas, surgiendo conceptos claves como comunidad, democratización, gestión social, organización participativa, etc.

Esta crisis que permite el surgimiento de nuevos conceptos tiene que ser situada entonces en el encuentro forzoso con el mundo de lo social, que parece exceder los límites de la disciplina especializada. Esto es patente en la perspectiva de Stolkiner y Ardila (2012), cuando apuntan a que las corrientes históricas y actuales en el campo de la Salud (por ejemplo el Higienismo, la Salud Pública, la Salud Comunitaria, el Preventivismo, etc.), son todas propuestas políticas y técnicas que forman parte de articulaciones complejas entre el Estado, lo social y las políticas en salud. A partir de esta articulación, dicen las autoras, se debe renunciar a la idea de que primero se enuncia el concepto y luego devienen sus aplicaciones prácticas. En cambio, la producción de teorías y discursos es inherente e indisoluble de las prácticas sociales.

Es desde este viraje, como señala Galende (1990; 2008), que la demanda de atención en salud mental puede ser aislada y tratada como enfermedad (respuesta psiquiatrizante), o bien puede ser pensada como un desarrollo conflictivo en relación al conjunto social considerando la subjetividad de quien sufre un malestar (respuesta social-comunitaria). “En salud mental el pasaje fue (...) romper la barrera de una ideología de la enfermedad mental en el individuo a una intervención preventiva más abarcativa sobre las condiciones sociales del bienestar psíquico” (Galende, 1990, p.189). Se trata por lo tanto de un sector de problemas humanos que desborda lo que encierran las categorías médicas o psicológicas, es decir, considera también a las patologías sociales como expresión de las condiciones de vida impuestas por el desarrollo tecnológico, los ritmos de producción y la pérdida de vínculos humanos en las ciudades industriales (Galende, 1990). Estos padecimientos, portados por cuerpos singulares, presentan su correlato en la trama social, siendo emergentes de problemáticas colectivas que exceden la posibilidad del abordaje puramente individual: se debe por tanto impulsar prácticas en salud y salud mental basadas en lo relacional (Bang, 2014). Así, las políticas que surgen de un concepto salud mental permitirían el reordenamiento de estructuras sociales y culturales generadoras de enfermedad abriendo una intervención sobre ellas (Galende, 1990).

Todo esto puede relacionarse con la idea hoy ampliamente consensuada de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), impulsada por la OMS (más adelante se vuelve sobre este punto). Pero además incide directamente en el debate teórico y práctico respecto a la distinción entre los conceptos de salud y salud mental, haciendo necesario aludir a la supuesta separación entre una “salud general” y una “salud mental”. Siguiendo a Bang (2014), se plantea que desde una perspectiva integral no es posible aislar la salud mental de la salud en general, salvo por finalidades operativas. A partir de Stolkiner y Solitario (2007), la autora se refiere al “binomio salud/salud mental” en donde la especificidad de la salud mental se encuentra en la importancia de incorporar la dimensión subjetiva en las prácticas integrales de salud y promoción de la salud (Bang, 2014).

La OMS (2004) también reconoce que ni la salud física ni la salud mental pueden existir aisladas, en la medida que el funcionamiento de las áreas mentales, físicas y sociales es interdependiente. Junto con ello, apunta que la salud y la enfermedad pueden existir simultáneamente, concepción que es novedosa pues muestra que una no es la

antítesis de la otra, además de que la ausencia de una no representa necesariamente la presencia de la otra (Lopera, 2015).

Advertimos que una perspectiva como ésta se encuentra en el llamado Movimiento de Medicina Social / Salud colectiva, desarrollado en Latinoamérica principalmente en Brasil y Argentina, cuyas propuestas resultan fundamentales para la presente investigación.

Uno de los aportes teóricos de este movimiento consiste en el debate conceptual acerca del objeto de las disciplinas que estudian los modos de vivir, enfermar y morir de los sujetos y grupos sociales (Michalewicz, Pierri y Ardila-Gómez, 2014). Así, según Stolkiner y Ardila (2012), desde sus comienzos este movimiento abrió un debate epistemológico sobre la salud. Las autoras exponen algunas características de estas propuestas que a continuación se presentan sintéticamente en tres ideas centrales.

1) El movimiento problematizó la concepción de salud y enfermedad inherente a las prácticas hegemónicas, criticando tanto los modelos de pensamiento causalistas-lineales, como los dualistas-dicotómicos (aquellos que sostienen, por ejemplo, la dicotomía salud-enfermedad, individual-social, biológico-mental). Incorporando el pensamiento de la complejidad, se dejó de considerar la salud y la enfermedad como dos estados antagónicos, para centrarse en la idea de proceso: es así como se llega a la conceptualización del llamado “proceso de salud-enfermedad-atención”, más recientemente reemplazado por el “proceso salud-enfermedad-cuidado” (Stolkiner y Ardila, 2012), donde el cuidado aparece con una connotación integral que alude a relaciones horizontales, simétricas y participativas, quitando la centralidad asignada a las instituciones y especialistas del campo de la Salud, y *reconociendo que buena parte de las acciones de salud suceden en las vidas cotidianas de los sujetos*. Es así como bajo este concepto, la dimensión social y subjetiva de la salud es restituida (Stolkiner y Ardila, 2012). Algunos autores plantean incluso que el objeto del campo de la Salud colectiva es el proceso salud-enfermedad-cuidado (Michalewicz, Pierri y Ardila-Gómez, 2014).

Se cuestiona entonces la práctica médica centrada en las patologías individuales, proponiendo una práctica integral que incorpora la dimensión subjetiva, histórica y social tanto en el abordaje de poblaciones como de sujetos singulares. Hay un desplazamiento desde una ontología de la enfermedad hacia el sujeto, lo que requiere de nuevos modos

de gestión del trabajo en salud: horizontalización y articulación entre especialización e interdisciplinareidad (Stolkiner y Ardila, 2012).

2) Desde la década de 1990 y frente reformas neoliberales, el movimiento se centró en un análisis crítico del proceso de mercantilización de la salud y la profundización de la inequidad. Un aspecto actual de esta discusión corresponde a la llamada medicalización de la vida cotidiana, fenómeno que (Stolkiner y Ardila, 2012):

Como concreción de la biopolítica en el campo de la Salud, es la tendencia creciente a subordinar al discurso y la normatividad médico científica o disciplinaria todas las esferas de la vida (...). Debido a ello, la construcción social de los problemas de salud está siendo reemplazada por la construcción corporativa de la enfermedad (...) un proceso complejo que incluye desde generación de lenguajes hasta estrategias de mercado (p. 64).

Su idea es que las definiciones de salud y enfermedad estarán mediadas por circunstancias políticas y económicas como el contexto neoliberal de la región, por lo que no son independientes de éste. Así entonces, el proceso de producción-reproducción social se considera parte del fenómeno de la salud-enfermedad, rompiendo con la idea de una historia natural de la enfermedad y planteando que las formas respuesta social son también fuerzas productoras en el proceso, en sus dimensiones concretas y simbólicas (Stolkiner y Ardila, 2012).

3) El movimiento de Medicina Social / Salud colectiva incorpora la referencia a los derechos y a la vida como parte inherente no sólo de los principios sino de sus propuestas políticas y técnicas. Así el derecho a la salud se comprende en el marco de una integralidad de derechos, donde la salud se muestra en la tranquilidad de la vida cotidiana, producto de la garantía efectiva de los derechos y la satisfacción de las necesidades fundamentales mediante el acceso a las oportunidades y servicios (Stolkiner y Ardila, 2012).

Si estos son los principios fundamentales del movimiento de salud colectiva latinoamericano, otros elementos (si bien similares) son relevados por el ya mencionado enfoque de Determinantes Sociales de la Salud (OMS, 2008b). Junto al concepto de bienestar, ambas ideas son ampliamente reconocidas por la OMS y pese a contar con un

consenso generalizado, se observa que han sido puestos en tensión. Así, entre los Principios de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (2014) se encuentra:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (...)

La extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud.

Una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo (p.1).

En la primera idea seleccionada de estos principios, se tiene una equiparación entre la salud y el bienestar, luego una declaración de la salud como derecho, y finalmente en el tercer y cuarto elemento, se puede encontrar la necesidad tanto del conocimiento especializado como de la participación de la población usuaria, respectivamente, para el mejoramiento de la salud.

Desde la lectura de García y Markez, esta la definición de la OMS introdujo el concepto positivo de salud, afirmando que “promete, en una primera fase, la erradicación del sufrimiento y el retraso indefinido de la muerte, y en una segunda, afirma simplemente el derecho a la felicidad como una posibilidad alcanzable por la vía del perfeccionamiento científico-técnico” (2012, p.91).

Stolkiner y Ardila (2012), por su parte, reconocen que esta definición merece el reconocimiento de que no equipara la salud a una ausencia o negatividad de la enfermedad, además de señalar componentes sociales y psíquicos, y abrir las puertas para considerarla un derecho humano fundamental. Sin embargo, apuntan que mientras ésta ha sido la definición más consensuada, las prácticas de atención se siguen estableciendo desde el modelo médico cuyas características son, muy por el contrario (Stolkiner y Ardila, 2012):

El biologismo, la concepción evolucionista-positivista y la ahistoricidad, asocialidad e individualismo de su delimitación de objeto, centrada en la enfermedad. También

eran sus características la mercantilización, su adhesión a la racionalidad científica como criterio de exclusión de otras prácticas, la medicalización progresiva de crecientes esferas de la vida cotidiana y la relación asimétrica de poder entre sus actores (p. 60-61).

Una incoherencia de este tipo es detectada incluso en muchos documentos oficiales de la OMS, donde no son explícitas las definiciones sobre salud y salud mental, dando lugar a ambigüedades. Hay una gran mayoría de los documentos que en su desarrollo toman la salud como ausencia de enfermedad, aún cuando inicialmente expresan lo contrario (Lopera, 2015). Por ejemplo, en el caso del Informe sobre la salud en el Mundo (2001), se reconoce un concepto de salud mental más amplio que la ausencia de trastornos mentales. Pese a ello, autores como Lopera (2015) detectan que el Informe se desarrolla justamente enfatizando en los trastornos mentales, justificándose debido al gran número de personas que los padecen y a la carga que se deriva de estas enfermedades no tratadas, junto a un optimismo respecto a los logros que podrán obtenerse a partir de los avances en neurociencias.

Para Caponi (1997, 2006) existen además dos elementos que poner en discusión con la definición de la OMS y ambos van articulados en torno al concepto de bienestar. Señala primero que el carácter móvil y subjetivo del concepto de bienestar (que aparece como el problema para algunos autores), en realidad es indisociable del concepto de salud. Segundo, critica que ese ideal de bienestar pone como horizonte utópico alcanzar una existencia sin angustias o dificultades, es decir, no da lugar al malestar con el que todos debemos convivir cotidianamente. Esta crítica sobre la definición positiva de la salud está en línea con Canguilhem (1976; 2004), quien advierte que se reconoce como un valor equivalente a la salud solo aquello que es calificado como positivo en un momento histórico dado, mientras en cambio, se deja como patológico o no valorado aquello o a aquellos que no comparten los valores de ese bienestar particular. Así, el movimiento de salud colectiva se ha posicionado críticamente respecto de esta visión al considerarla como una nueva moral de lo cotidiano, que pasa por el control del cuerpo y de los hábitos (Stolkiner y Ardila, 2012).

Ahora bien, es posible encontrar convergencias respecto a los componentes sociales con el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS). La idea de los DSS es definida por la OMS (2008b) de la siguiente manera:

La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) (...). Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país (p.1).

Se agrega a este concepto el reconocimiento de que la distribución desigual de factores que perjudican la salud no es un fenómeno natural, sino “el resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política” (OMS, 2008b, p.1). Además, señala que la responsabilidad de actuar sobre estos determinantes recae en la participación de todos los sectores de la sociedad y no sólo el sanitario (poderes públicos, sociedad civil, comunidades locales, sector empresarial y organismos internacionales).

Entonces, los Determinantes Sociales de la Salud se refieren al contexto social y a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud (Frenz, 2005). El concepto surge de reconocer las limitaciones de las intervenciones individuales que no toman en cuenta el rol de la sociedad, toda vez que “las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de ser saludables de los individuos (...) así una pregunta clave para las políticas de salud es: ¿Hasta qué punto es la salud una responsabilidad social y no sólo una responsabilidad individual?” (Frenz, 2005, p.105). En concordancia, Galende (1990) atribuye a la medicina social el reconocimiento de elementos similares al comprender a la salud pública como más que la aplicación de medidas técnicas a problemas de enfermedad, lo que hace necesario incluir las condiciones más generales del bienestar: el contexto social, las condiciones económicas y políticas, el trabajo, el tiempo libre, la vivienda, etc.

Otros autores (Acero, Caro, Henao, Ruiz y Sánchez, 2013; López, Escudero y Carmona, 2008), precisamente desde la Medicina Social y Salud Colectiva latinoamericana, han puntualizado duras críticas al Enfoque de Determinantes Sociales tal como lo ha expuesto la OMS, acusando que aunque se reconoce la injusticia en el reparto

y en el acceso a la riqueza y el poder como determinantes de la salud, no se contempla que esta inequidad reside en el proceso mismo que la genera. Es decir, critican que se limite el problema de las desigualdades sociales a un problema distributivo midiendo solamente la desigualdad observable, esto es, las consecuencias, y no la inequidad que da origen a esa desigualdad, es decir, sus causas (Acero et al., 2013; López et al., 2008).

Así, los Determinantes Sociales perderían su dimensión de procesos socio-históricos, en un escenario actual en el que la intención de reducir las desigualdades sociales encuentra sus límites en el capitalismo y sus formaciones particulares (López et al., 2008). En cambio, desde el movimiento de Medicina Social defienden que la estratificación social es una expresión de las formas a través de las cuales la producción y la reproducción propias del capitalismo producen diferencias en la calidad de la vida. Entonces, la lucha por la salud radica en centrar la acción política en favorecer los procesos sociales de emancipación, de transformación en las relaciones de poder y de las estructuras sociales (Acero et al., 2013). Al mismo tiempo, reconocen que “no serán los gobiernos ni las instituciones de salud quienes propongan una agenda, de tal pretensión, que anteponga los intereses de la población a las demandas de la ideología neoliberal” (Acero et al., 2013, p.109).

Frente a esta discusión no se puede desconocer el aporte del enfoque de DSS en instalar debates que por un largo tiempo no tuvieron el protagonismo que requerían, estableciendo una referencia que se torna hoy en día prácticamente obligatoria al pensar una conceptualización sobre salud/salud mental. Junto con ello, reconocer estas desigualdades exige ir más allá del tema de la salud y se relaciona con las ideas de transformación social.

6.2b.- La Salud Vulgar en Georges Canguilhem

Respecto a la posibilidad o imposibilidad de definir la salud desde la perspectiva del movimiento de salud colectiva, aún no se ha arribado a una definición del objeto de la salud, siendo éste un desafío crucial para sus bases epistemológicas (Stolkiner y Ardila, 2012). Como un piso consensuado está la renuncia a la idea de salud como normalidad, al reconocer allí una función de regulación social. También algunos han definido la enfermedad como crisis y oportunidad (Stolkiner y Ardila, 2012). En el caso de Galende se tiene que “el mejor índice de salud suele ser la capacidad transformadora de la realidad que aqueja, no la ausencia de conflictos” (1990, p.229). Para Dejours (1986) la

salud es una cosa que se gana, que se enfrenta y de la que se depende, donde es importante el papel de cada hombre en su salud. Además para él la salud no es una cosa estable sino que es algo que cambia todo el tiempo, es una sucesión de compromisos con la realidad.

Esta importancia otorgada por distintos autores para encontrar una definición de salud, discute con la OMS (2004), cuando la institución declara que:

Aunque es importante definir la salud mental, no siempre es necesario para lograr su mejoramiento. Las diferencias en los valores entre países, culturas, clases y géneros pueden parecer demasiado grandes para permitir un consenso sobre una definición (p.14).

Se cree por supuesto, que una definición de salud y salud mental, así como de la enfermedad y de lo patológico, debe ser atenta a la variabilidad cultural y no extenderse en forma acrítica por geografías diversas. Sin embargo, un autor como Lopera (2015) sugiere que, por temor a caer en lo que denomina un totalitarismo conceptual como verdad universal y ahistórica, la OMS va al extremo opuesto del relativismo culturalista, en el que cada cultura, época e individuo tiene su concepción sobre la salud mental. En cambio, el reconocimiento de la diversidad cultural no puede significar dejar la salud mental a la libre interpretación (por los efectos que ya se han presentado), sino exigir una toma de postura conceptual que oriente a la acción y que esté mediada tanto por el conocimiento especializado como por la interacción de las disciplinas con las prácticas sociales.

De todas maneras, la misma OMS (2004) propone una definición genérica que tiene la propiedad, dice en el documento, de extenderse a través de las culturas sin restringir su interpretación. Define salud mental como: “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2004, p.14). Por supuesto, se observa que esta definición es coherente con la de salud general, aludiendo ambas a su identidad con la idea de un bienestar físico, mental y social. Esta definición ha sido discutida en las últimas décadas por su estaticidad y por haber sido superada por otros conceptos más dinámicos, como la idea de que la salud es una condición de equilibrio activo que comprende también

la capacidad de reacción ante las enfermedades que se manifiestan en el hombre y en su ambiente natural, familiar y social (Berlinguer, 2003).

Se observa en este punto que un autor que ha sido tomado como referencia para esta corriente es el filósofo francés George Canguilhem. Pese a que hay autores del movimiento de salud colectiva que han retomado algunas de sus ideas más importantes, su pensamiento parece aún no ser explorado en profundidad, con excepciones notables como el trabajo de Caponi (1997; 2006; 2007; 2010), que también constituye un aporte a esta investigación. A continuación, se plantea detenidamente el ejercicio de recuperar las reflexiones respecto a este concepto en la obra de Canguilhem.

En palabras del autor, la salud “no es un concepto científico, es un concepto vulgar. Lo que no quiere decir trivial, sino simplemente común, al alcance de todos” (Canguilhem, 2004, p.52). Dicho esto, la pregunta que se plantea es ¿cómo hacer referencia a la salud sin hacer referencia a un saber científico?

En el libro *Lo normal y lo patológico*, Canguilhem (2009a) se propone refutar aquella tesis que defiende que los fenómenos patológicos son idénticos a los fenómenos normales respectivos, salvo por diferencias cuantitativas, las cuales serían medibles. Según plantea en este texto clásico, un autor como Auguste Comte afirmó que la patología es una prolongación más o menos extensa de los límites del organismo normal, es decir, sostuvo que la enfermedad no trae nada nuevo. Con ello, afirma Canguilhem, se establece una relación de homogeneidad y de continuidad entre lo patológico y lo normal. De un modo similar, Claude Bernard, otro autor estudiado en aquel trabajo, sostiene que toda enfermedad tiene una función normal respectiva, de la cual solo es una expresión perturbada, exagerada, aminorada o anulada (Canguilhem, 2009a). Es decir que para estas perspectivas la salud y la enfermedad no son dos modos que difieren esencialmente: no existe ningún caso en el que la enfermedad haya hecho aparecer condiciones nuevas, productos especiales que no estuvieran ya en el estado de salud.

Canguilhem refuta esta postura asegurando que la continuidad entre dos estados puede muy bien ser compatible con la heterogeneidad de tales estados, puesto que la continuidad de los estados intermedios no anula la heterogeneidad de los extremos, o dicho de otra forma, el reconocer la continuidad de los fenómenos no significa desconocer su originalidad (Canguilhem, 2009a). Cuando se afirma que salud y enfermedad están vinculadas por todos los estados intermedios y cuando se convierte a esta continuidad en

homogeneidad, se olvida que la diferencia sigue presente en los extremos: “Se mezcla — inconscientemente sin duda, pero de un modo ilegítimo— el cálculo abstracto de las identidades con la apreciación concreta de las diferencias” (Canguilhem, 2009a, p.80).

Pero su crítica además apunta a constatar que las nociones de exceso y déficit (es decir, una función exagerada o aminorada) respecto a las cuales esa perspectiva intenta definir la patología, son nociones vagas, puesto que tienen implícito un carácter normativo y cualitativo:

Exceso y defecto existen con respecto a una medida que se considera válida y deseable – por lo tanto, con respecto a una norma. Definir lo anormal por lo demasiado o por lo demasiado poco, significa reconocer el carácter normativo del denominado “estado normal”. Este estado normal o fisiológico ya no es solo una disposición develable y explicable como un hecho, sino la manifestación del apego a algún valor (p.33).

Con este argumento Canguilhem (2009a) buscará rescatar la importancia de lo cualitativo en la definición de enfermedad, pero también en la definición de salud y de norma, un aspecto que es o bien ignorado e incluso negado por aquellas otras definiciones que buscan validarse como objetivas apoyándose de la estadística:

Respecto de los fenómenos patológicos hay un choque entre conceptos cualitativo y cuantitativos que refiere al “seno del problema” ¿es el concepto de enfermedad una realidad objetiva accesible al conocimiento científico cuantitativo? ¿es la diferencia de valor que el ser vivo instituye entre su vida normal y su vida patológica una apariencia ilusoria que el científico tiene que negar legítimamente? (p. 51)

Y es que para el organismo la enfermedad sí se constituye como una nueva manera de comportarse en relación con el medio ambiente. El estar enfermo, señala Canguilhem, significa para el hombre “vivir una vida diferente, incluso en el sentido biológico de la palabra” (2009a, p.60). La patología como campo de estudio no ha tomado en cuenta que estar enfermo significa otro modo de estar en la vida (Canguilhem, 2009a).

La salud es así entendida como la posibilidad de enfrentar situaciones nuevas con un margen de tolerancia para superar las infidelidades del medio. Mientras tanto, al hablar

de una salud deficiente se está hablando de la restricción de ese margen de seguridad y del poder de tolerancia para compensar las agresiones del medio (Caponi, 1997; 2006).

Resulta entonces paradójico que se hable de una “mala salud”. Ésta correspondería a una restricción de los márgenes de seguridad orgánica, es decir a la limitación en el poder de tolerancia y compensación de las agresiones del entorno. Si la salud es un estado del cuerpo dado, su verdad es una seguridad aunque no incondicional. El cuerpo es un producto ya que su modo de vida elegido o impuesto contribuye a modificar su estructura y singularizar sus capacidades; por tanto, la salud como expresión del cuerpo producido es un seguro en un doble sentido: tanto contra el riesgo como por la audacia para asumirlo (Canguilhem, 2004). En pocas palabras, la salud “es un sentimiento de capacidad para superar las capacidades iniciales, capacidad para hacer que el cuerpo haga lo que al principio no parecía prometer” (Canguilhem, 2004, p.60).

Estas ideas se encuentran desarrolladas en Canguilhem (2009a) bajo los conceptos de “polaridad dinámica de la vida” y “normatividad biológica”. Expone ahí el autor que el ser vivo humano prolonga a través de la medicina un esfuerzo espontáneo, propio de la vida, por luchar contra aquello que presenta un obstáculo a su persistencia y a su desarrollo, considerados como normas. Para Canguilhem el hecho de que el ser vivo reaccione frente a una lesión con una enfermedad, traduce el hecho de que la vida no es indiferente a las condiciones en las cuales ella es posible: “la vida es polaridad y por ello mismo posición inconciente de valor” (Canguilhem, 2009a, p.92). Entonces lo que se denomina polaridad dinámica de la vida alude a que la vida es la reactividad polarizada frente a las variaciones del medio ambiente en el cual se despliega. Así, la vida para Canguilhem (2009a) es *una actividad normativa, donde lo normativo es definido como aquello que instituye normas*. En ese sentido se habla de una normatividad biológica, donde la lucha de la vida contra los innumerables peligros que la amenazan es una necesidad vital permanente. Así, la polaridad dinámica de la vida es traducida por la normatividad biológica, toda vez que no es posible algo como una indiferencia biológica frente a las condiciones en las que se encuentra el organismo.

Esta reflexión que parece complicada en la primera obra del autor, aparece más claramente en su libro *El conocimiento de la vida* (Canguilhem, 1976), donde señala:

Vivir para el animal ya, y para el hombre con mayor razón, no es solamente vegetar y conservarse, es afrontar los riesgos y triunfar. La salud es precisamente

(...) la capacidad de tolerar las variaciones de las normas a la cuales sólo la estabilidad, aparentemente garantizada y de hecho siempre necesariamente precaria, de las situaciones y del medio confiere un valor engañoso de normal definitivo. El hombre no es verdaderamente sano más que cuando es capaz de muchas normas, cuando es más que normal (p. 198).

Entonces, el hombre normal es el hombre normativo, el ser capaz de instituir nuevas normas, incluso orgánicas. Mientras que tener una única norma de vida, que no puede cambiar, es sentido de un modo privativo y no de un modo positivo (Canguilhem, 2009a).

Dice Canguilhem a partir del autor Valéry, que la posibilidad de abusar de la salud forma parte de la salud (2009a), o bien, que la salud puede ser pensada como la posibilidad de caer enfermo y poder recuperarse. Por el contrario, toda enfermedad es la reducción del poder para superar las cosas (Canguilhem, 1976). Ello apunta a este margen de seguridad, de un exceso por encima de las funciones óptimas que garantiza un desempeño por encima de lo normal (Caponi, 2006). Entonces, el concepto de salud para Canguilhem no puede ser reducido a un mero equilibrio, adaptación o conformidad con el medio ambiente, no tiene que ver con un interrelacionamiento pasivo ni tampoco con una respuesta activa del organismo en el sentido de reajuste. En cambio, la salud debe ser pensada como la capacidad de instaurar nuevas normas frente a situaciones nuevas que resultan adversas, y por lo tanto, supone una capacidad de adaptación, pero la excede (Caponi, 1997; 2006).

En consecuencia, sostiene el autor que *el ser vivo y el medio ambiente no son normales tomados por separado, sino que es su relación la que los hace tales* (Canguilhem, 2009a). El medio ambiente es normal por el hecho de que el ser vivo despliega en él mejor su vida, mantiene en él mejor su propia norma. Asimismo, el medio ambiente del ser vivo es también obra de ese ser vivo, que se sustrae o se ofrece selectivamente a determinadas influencias (Canguilhem, 2009a). En pocas palabras:

Un ser vivo es normal en un medio ambiente dado, en la medida en que es la solución morfológica y funcional hallada por la vida para responder a todas las exigencias del medio ambiente. En relación con cualquier otra forma de la cual se aparta, ese ser vivo es normal, incluso cuando es relativamente raro, por el hecho

de que es *normativo* con respecto a ella, es decir que la desvaloriza antes de eliminarla (p. 107).

De esto se deduce que tampoco existe un hecho normal o patológico en sí. *La anomalía no es en sí patológica, puesto que expresa otras posibles normas de vida.* Si esas normas nuevas son inferiores respecto de las normas anteriores, se las denominará patológicas. Si son equivalentes en el mismo medio, o superiores en un medio distinto, se las denominará normales. Su normalidad provendrá de su normatividad. *Por lo tanto, lo patológico no es la ausencia de norma biológica, sino una norma diferente que ha sido comparativamente rechazada por la vida* (Canguilhem, 2009a).

Entonces el estado patológico o anormal no está constituido por la ausencia de toda norma, sino que la enfermedad es una nueva forma de vida, pero es una norma inferior en el sentido de que no tolera ninguna desviación de las condiciones en las que vale: es incapaz de transformarse en otra norma: “el ser vivo enfermo está normalizado en condiciones de existencia definidas y ha perdido su capacidad normativa, la capacidad para instituir diferentes normas en condiciones diferentes” (Canguilhem, 2009a, p.139), es decir, el enfermo está enfermo porque puede admitir solamente una única norma. Por lo tanto, respecto a la relación entre norma y salud, Canguilhem (2009a) define:

En pleno rigor la norma no existe, desempeña su papel que consiste en desvalorizar la existencia para permitir su corrección. Afirmar que la salud perfecta no existe significa solo decir que el concepto de salud no es el de una existencia sino que el de una norma cuya función y valor consisten en ser puestos en relación con la existencia para suscitar su modificación (p.51).

Es de esta forma como Canguilhem (2009a) asegura que la vida misma (y no el médico) convierte a lo normal biológico en un concepto de valor y no en un concepto estadístico. Siguiendo esta línea, resulta totalmente ilegítimo sostener la tesis de que el estado patológico es una variación cuantitativa del estado fisiológico. Lo que discute Canguilhem (2009a) es el hecho de que los términos “más y menos”, cuando se hacen entrar en la definición de lo patológico como variación cuantitativa de lo normal, tengan una significación cuantitativa pura.

Recordemos que Canguilhem ha comenzado su estudio preguntándose si el concepto de enfermedad es una realidad objetiva accesible al conocimiento científico

cuantitativo, y si la diferencia entre la vida normal y la vida patológica, en la experiencia del ser vivo, debe ser negada por el científico. Desde estos argumentos, la respuesta que surge es que la enfermedad es una experiencia de innovación positiva (no un mero hecho de variación cuantitativa, y con esto discute la tesis de la homogeneidad y la continuidad entre estado de salud y enfermedad). El contenido del estado patológico no admite ser deducido del contenido de la salud, “la enfermedad no es una variación en la dimensión de la salud; es una nueva dimensión de la vida” (Canguilhem, 2009a, p.141). La enfermedad no es sólo la desaparición de un orden fisiológico, sino también la aparición de un nuevo orden vital. Así también, “el enfermo tiene que ser juzgado siempre con relación a la situación frente a la cual reacciona y los instrumentos de acción que el medio ambiente propio le ofrece (...). No hay perturbación patológica en sí, lo anormal sólo puede ser apreciado dentro de una relación” (Canguilhem, 2009a, p. 143).

Respecto a la importancia de la voz del enfermo para definir su propio estado, apunta Canguilhem que la patología como conocimiento científico puede de todas maneras rectificar la opinión del enfermo que cree saber, por el hecho de que se siente distinto, en qué y cómo él es distinto. Visto así, se puede establecer una distinción entre enfermedad y enfermo. Canguilhem (2009a) se detiene a examinar la frase del autor Leriche: “La salud, es la vida en el silencio de los órganos” (p.63), y la inversa, “la enfermedad es aquello que molesta a los hombres en el normal ejercicio de su vida y en sus ocupaciones, y sobre todo aquello que los hace sufrir” (p.63). Señala que esta definición es válida desde el punto de vista del enfermo, pero no necesariamente para la ciencia, pues el médico puede detectar una enfermedad que el enfermo no conocía, la que se comporta en forma silenciosa sin interrumpir su vida. Una de las salidas a esta problemática es que puede existir enfermedad sin enfermo (Canguilhem, 2009a), en aquellos casos en que una enfermedad nunca existió en la conciencia del hombre, pero existe ahora en la conciencia del médico. La postura de Canguilhem (2009a) frente a este problema es que el punto de vista del enfermo es en el fondo el verdadero:

Si en la actualidad el conocimiento de la enfermedad por parte del médico puede prevenir la experiencia de la enfermedad por parte del enfermo, esto se explica porque antaño la segunda suscitó, llamó a la primera. Por lo tanto, ciertamente, siempre de derecho —si no actualmente de hecho— existe una medicina porque hay hombres que se sienten enfermos, y no porque hay médicos se enteran por ellos los hombres de sus enfermedades. La evolución histórica de las relaciones

entre el médico y el enfermo, en la consulta clínica, nada cambia en la relación normal permanente del enfermo con la enfermedad (p.65).

Por lo tanto, confiar al propio ser vivo el cuidado de distinguir dónde comienza la enfermedad, es decir que en materia de normas biológicas es necesario referirse al individuo. Un promedio obtenido estadísticamente no permite decidir si determinado individuo presente ante nosotros es o no normal (Canguilhem, 2009a). Según sostiene el autor, la frontera entre lo normal y lo patológico es imprecisa para los múltiples individuos considerados simultáneamente, pero es precisa para un solo e idéntico individuo considerado sucesivamente. El individuo es el juez de esta transformación porque es él quien la padece, en el momento en que se siente inferior a las tareas que una nueva situación le propone (Canguilhem, 2009a).

Todo esto aclara la diferencia entre anomalía y patología en Canguilhem, según lo explica claramente Caponi (2006):

Una anomalía (...) no puede ser asociada inmediatamente a una patología. Las anomalías poseen valor neutro mientras las patologías poseen valor negativo. Así, una anomalía sólo podrá ser considerada patológica si ella está vinculada con un sentimiento directo y concreto de sufrimiento (p. 74).

De acuerdo a lo antes dicho, este dolor sólo puede ser conocido al hablar en primera persona. Es así como se desemboca en el concepto de *salud vulgar* en Canguilhem (2004), refiriéndose a ella como una salud libre, no condicionada, no contabilizada: que no está en la condición de objeto para el especialista en salud.

Al retomar el argumento sobre la salud como la verdad del cuerpo vivo se puede decir que lo que el cuerpo anuncia, por ejemplo, a través de síntomas de una enfermedad, es algo en lo que solo yo estoy habilitado para decir. Esto para la definición de salud vulgar implica entonces que debe hacer referencia al placer y al dolor en la vida orgánica, introduciendo el concepto de cuerpo subjetivo, como un *cuerpo que vive en su verdad* (Canguilhem, 2004) sin acceso para el otro. En resumen, la salud vulgar toma como un punto de referencia central la experiencia del cuerpo vivo, dando a lo subjetivo un lugar que generalmente está perdido en la práctica médica y de la salud. Se trata de un estado no contabilizado ni medible. La salud vulgar es un concepto al alcance de todos en tanto estamos vivos.

Como se ha señalado, este concepto pone en tensión la relación de la salud con las disciplinas autorizadas a hablar y tratar sobre ella. Al respecto Canguilhem (2004) señala que no se trata de la defensa de una salud salvaje versus una salud científica: una cosa es hacerse cargo del cuerpo subjetivo y otra pretender liberar completamente de las disciplinas el estudio de la salud. Por lo tanto esta noción de cuerpo subjetivo no es para Canguilhem opuesta al saber científico, sino que por el contrario, el cuerpo subjetivo precisa de esos saberes que le indican y sugieren una serie de artificios útiles para sostenerse (Caponi, 2006). El concepto de *sugerir* es importante puesto que implica que el saber médico debe aceptar que el sujeto que consulta lo instruya sobre aquello que solo él está capacitado para decirle. Para Canguilhem, un buen médico será aquel intérprete que pueda auxiliar en la tarea de dar sentido a un conjunto de síntomas que para el sujeto no se descifran de manera solitaria (Caponi, 2006). Como se observa, esta visión promete ser de utilidad al referirse a la relación entre el especialista y el sujeto de la intervención.

Para plantear una síntesis sobre el concepto de salud vulgar, Caponi (2010) realiza una recopilación de la referencia a este en distintos textos de Georges Canguilhem. Primero señala que es una definición que introduce la noción de cuerpo subjetivo, donde el dolor y el placer, así como la experiencia en primera persona interpelan al discurso médico tradicional. Luego rescata la idea de que en la obra del autor se destaca siempre el énfasis en el sufrimiento individual para definir el concepto de salud, sin olvidar que además los individuos están situados en contextos sociales específicos, rescatando así el aspecto social y la relación indisociable entre el ser vivo y su medio de la definición de salud. Finalmente destaca como eje central la distancia que plantea el autor con la asociación de identidad entre normalidad y salud, y la dificultad que tiene esta concepción en términos científicos para definir salud, en tanto que no considera las fluctuaciones, variaciones, errores e infidelidades. Canguilhem sitúa en cambio la enfermedad en la imposibilidad de dar respuesta a ellos, y no en la fuga de los intervalos normales.

Los conceptos de salud y normalidad tienden a confundirse con el concepto de frecuencia, es decir, según aquello que se encuentra en la mayor parte de la población. Sin embargo, no son las medias estadísticas las que indican el momento en el que se inicia una enfermedad, sino que las dificultades que encuentra el organismo para responder a las demandas impuestas por su medio. Es justamente la consideración de

ese sentimiento de impotencia singular, lo que se le escapa a las medidas estadísticas, y lo que permite una definición menos restringida del concepto de salud (Caponi, 2006).

Bajo esta concepción, el concepto de una salud vulgar escapa a todo cálculo o medición. Podemos hablar de salud como concepto vulgar porque es un concepto al alcance de todos, ya que en la medida que no es medible deja de ser un objeto exclusivo del especialista de salud, quedando éste en la posición de traductor. Aquí la salud pierde la posibilidad de ser un valor universal y la enfermedad deja de ser un contra-valor. La salud entonces debe rescatar la singularidad, la creatividad y la capacidad de reinventarse de los sujetos frente a las agresiones, fracasos y sufrimientos, siendo inútil la búsqueda de una salud perfecta. Por tanto, una salud vulgar (más próxima a la filosofía) está obligada a tomar como punto de partida el modo en que cada uno se ha constituido como sujeto y las vicisitudes de la relación con su medio (Caponi, 2010).

La propuesta teórica de la salud vulgar rescata elementos que parecen restituir una dimensión perdida en los actuales consensos en salud mental. El concepto conecta dimensiones de la singularidad y de lo social que no han tenido un diálogo fluido, donde la epistemología usada para comprender el campo de la salud/salud mental y las prácticas que intervienen en este, no han encontrado coherencia. A pesar de que Georges Canguilhem escribe sus reflexiones en clave biológica, muchas de estas son hoy de utilidad para el campo de la salud pues restituye en el sentido común el lugar de la salud y la enfermedad, quitándole a esta última una connotación negativa a priori. Otorga un lugar y un espacio a las personas para sentirse mal, y para afrontar con sus propias estrategias las dificultades y con esto restituir su voz en el plano de la salud.

Finalmente, no se puede dejar pasar que deben existir las herramientas mínimas para enfrentar las agresiones o adversidades del medio (Caponi, 1997). Éstas, como se deja en claro al comienzo del capítulo, no son suficientes y son mucho menos equitativas para los sectores marginados, que además son los sectores que más requieren de la atención en salud pública. Por lo tanto, esta concepción de salud impone desafíos en distintos niveles: al especialista para establecer una relación distinta con los sujetos que acuden a los servicios de salud, a la institucionalidad como un medio para dotar de herramientas a los sujetos y las comunidades para generar lazos que tengan un sentido para ellas, que les permitan mantener espacios y reconocer las estrategias que aportan a su salud/salud mental no solamente en las instituciones.

VII. Marco metodológico

7.1. Perspectiva epistemológica y tipo de metodología

Para Arnold (1997) las epistemologías tradicionales tienen dos caminos. Por un lado, las que tienen por centro lo observado; y por otro, las emergentes epistemologías del observador. Esta investigación se sitúa en una epistemología sistémica ubicada en la segunda tradición caracterizada por relacionarse con el entorno a través de experiencias activas que incluyen observadores con observaciones, en donde la investigación pasa a ser resultado de una actividad dependiente de las perspectivas de un observador (Arnold, 1997). Esto para la investigación tiene consecuencias relevantes, ya que existen entonces explicaciones múltiples y dinámicas, en tanto que existen muchos lugares de observación. La objetividad pasa a ser relativizada a su contexto, es decir:

A la perspectiva que la hace visible. En tal sentido, se admite para lo social la cotidiana experiencia de la coexistencia de variados tipos y niveles de objetividades (racionalidades) con sus respectivas clausuras. Cada una constituye un universo consensual de sentido (realidad); uno de los cuales es el estilo de observación y dominio de conocimientos asegurado por las comunidades de científicos sociales a través de sus teorías, hipótesis, conceptos, métodos e intervenciones (Arnold, 1997, p 90).

Esto implica entonces que la noción de neutralidad u objetividad cambia o incluso para algunos desaparece (Jutoran, 1994). Para Barbera e Inciarte (2012), esta perspectiva se inscribe junto a otras en una tradición interpretativa donde se le asigna un papel principal a la experiencia subjetiva, ya que constituye la fuente y base para alcanzar el conocimiento.

En coherencia con lo anterior para esta investigación se utilizará la metodología cualitativa de la investigación, entendida sobre todo, como un modo que permite un acercamiento comprensivo e interpretativo a la realidad social, donde se instalan en un lugar central los aspectos subjetivos e intersubjetivos de las problemáticas sociales, así como también el lenguaje como modo característico de acceder a estos aspectos (Fernández, 2006).

Otro punto central de esta metodología es la presencia y posición del investigador como condición de posibilidad del conocimiento. Esto permite abandonar la pretensión de neutralidad y objetividad científica (Fernández, 2006) en tanto se tenga en consideración que el sujeto no puede evitar participar en la construcción del objeto al que se supone que observa de manera exterior. Lo contrario a esto es establecer una distancia entre investigador e investigado (Sisto, 2008) donde el investigador a través de sus herramientas está capacitado para producir descripciones de lo que pasa 'ahí afuera' que la representen tal como es (Sisto, 2008), dando un estatus de objetivo al conocimiento producido y de objeto al sujeto. Sin embargo, tal como dice Sisto (2008) "la representación de la realidad que realiza el investigador, es más bien una producción. La vida social investigada es creada por el texto del investigador al presentarla" (p. 119).

Un punto importante que autores como Canales (1995) señalan es que incluso con una metodología cualitativa de la investigación es posible que siga primando una episteme de control, es decir, la mantención del control sobre el habla de los sujetos, pero con la paradoja de que se les otorga una ilusión de libertad de expresión. En este sentido, queda instalada la tensión entre devolver la voz a los sujetos, lo que implica que también ésta les puede ser quitada de nuevo, o recuperar su voz como un modo de potenciarlos como agentes sociales (Fernández, 2006).

Esta tensión es evidente también en relación a quien es el destinatario de la información de una investigación, ya que usualmente esta va destinada a un tercero y no a los propios sujetos que la producen (Canales, 1995). En este sentido nos interesa una investigación con metodología cualitativa que busque promover la agencia de los actores sociales a partir de la articulación de las prácticas de estos actores con las prácticas investigativas, es decir un tipo de investigación de segundo orden que restaure la reversibilidad del investigador y de lo investigado, un pasaje desde el objeto a un sujeto de estudio. Aquí se considera por sobre todo la idea de que el conocimiento es el resultado de la acción de un sujeto en relación con otros (Fernández, 2006).

Esto se conecta directamente con la idea de que "la investigación cualitativa históricamente se ha defendido como una práctica que intenta rescatar al sujeto de su cualificación como objeto por parte de las metodologías positivistas" (Wiesenfeld, 2000). Esto implica la constitución de una práctica investigativa que reconoce en el otro un saber a ser explorado, sin embargo, esa exploración incluye reconocer que también existe

distancia entre investigador e investigado, lo que implica el reconocimiento de la otredad en tanto condición de diálogo. No se trata entonces “de acceder a la verdad del objeto sino más bien entrar en una disposición de diálogo y crear en dicho diálogo una verdad, verdad necesariamente histórica y perecedera” (Sisto, 2008, p.121).

Por tanto, el análisis de los fenómenos estudiados se sostiene sobre las construcciones de los diferentes actores involucrados, incluyendo el de los investigadores. De tal forma que, el punto de vista del investigador no prevalece sobre el informante, sino que se reconoce como una interpretación más (Wiesenfield, 2000). “La investigación es entendida entonces como un proceso relacional, en tanto la construcción que cada quien elabora moldea y es moldeada por la de su interlocutor/a” (Wiesenfield, 2000, p. 6).

Es por esto que una metodología cualitativa permitiría la consideración de aspectos subjetivos e intersubjetivos en torno a las ideas de salud y salud mental. Además, entrega la posibilidad de que los investigadores puedan tomar una posición en la relación de conocimiento con los sujetos que forman parte de la investigación. Finalmente, facilita que haya un proceso de retroalimentación continua respecto del conocimiento entre todos los involucrados.

7.2. Tipo de investigación

El estudio constituye una investigación de tipo exploratoria- descriptiva. Según Hernández, Fernández y Baptista (1988) una investigación es exploratoria cuando el objetivo es examinar un problema de investigación poco estudiado, es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que hay ideas que no permiten relaciones claras con el problema de estudio, o bien, si deseamos indagar sobre temas y áreas desde nuevas perspectivas o ampliar las existentes. Podemos situar a esta investigación en este terreno ya que, no hay estudios específicos desde la perspectiva de los usuarios en el contexto particular que es el COSAM de Conchalí. Pero además, tiene la característica de descriptiva considerando que estos estudios miden conceptos o recolectan información (Hernández, Fernández y Baptista, 1988) y dado que se busca describir y distinguir experiencias de usuarios de COSAM de Conchalí con respecto a Salud Mental, se puede definir como tal.

7.3. Muestra y criterios de selección

La muestra consiste en usuarios del COSAM de Conchalí que hayan sido parte de talleres grupales organizados por el Programa Infanto-juvenil de esta institución durante el año 2016. Los talleres de este programa son destinados en parte a padres, madres o cuidadores y en parte a niños, niñas y adolescentes. Los usuarios que serán incluidos en la muestra (quienes constituyen las unidades de información), deben haber sido parte de los talleres o grupos destinados a los adultos donde se realizó un proceso de observación participante. Esto dado que se busca que las personas que sean parte de la muestra hayan sido parte de una instancia de intervención en salud mental que no sea exclusivamente individual. Es relevante poder rescatar lo que implican las instancias grupales en su paso por las instituciones de salud y salud mental, esto sostenido en la idea de que la participación en sí misma podría tener incidencia en la propia salud mental de una colectividad involucrada donde ambas se retroalimentan mutuamente e impactan en amplios ámbitos de la vida (Encina, 2014).

Esta muestra será seleccionada mediante un muestreo no probabilístico y por conveniencia. Esta estrategia permite seleccionar aquellos casos que cumplen con criterios como facilidad del acceso, recursos y criterios de inclusión (Flick, 2007), dependiendo de la accesibilidad, facilidad, rapidez y bajo costo para acceder a las unidades (Martínez-Salgado, 2011).

Se realizaron 4 entrevistas semiestructuradas en profundidad a usuarias que cumplen con los criterios de inclusión. Además, se realizó observación participante a lo largo de dos ciclos de talleres grupales de madres, padres y cuidadores, los que si bien formaban parte de su plan de tratamiento en COSAM, tenían asistencia en forma voluntaria. Cada uno de estos talleres tuvo una duración de siete sesiones y la asistencia en ambos variaba entre tres y cuatro personas cada uno.

Esta muestra se considera no representativa, pues el interés no está puesto en la medición, sino en la comprensión de los fenómenos y los procesos sociales en toda su complejidad, lo que permite trabajar con una cantidad relativamente pequeña de unidades de observación. En esta modalidad, las preguntas giran en torno al significado que dan los sujetos a sus experiencias, dentro del contexto social, cultural e histórico del que forman

parte, para lograr un conocimiento intensivo, profundo y detallado sobre los casos en los que tiene lugar el fenómeno (Martínez-Salgado, 2011).

Si bien esta no representatividad cuestionaría la validez de un estudio cuantitativo, en la metodología cualitativa que guía esta investigación la validez no es entendida en términos de representatividad, sino por:

Un criterio intensivo que no postula representar a partir de un estudio de casos concreto una población mayor a la cual extender la información de manera universal (...). A mayor proximidad con el mundo subjetivo e intersubjetivo del sujeto investigado mayor validez del conocimiento (Gaínza, 2006, p.250).

Los conceptos que si se busca satisfacer en esta investigación corresponden a los de transferibilidad y reflexividad (Martínez-Salgado, 2011). El primero se refiere a la posibilidad de generalizar los resultados obtenidos desde un contexto estudiado a otro cuyo significado sea similar, lo cual sólo es posible a partir de una descripción profunda de cada fenómeno en su contexto. En cuanto a la reflexividad, ésta da énfasis al papel que el investigador juega en la generación de los resultados que obtiene y en la versión interpretativa que propone (Martínez-Salgado, 2011). Para Guber (2001), existen tres reflexividades que están permanentemente en juego en el trabajo de campo: la del investigador en tanto miembro de una sociedad o cultura, la del investigador en tanto que investigador con su perspectiva teórica, y la de la población en estudio que opera en su vida cotidiana.

Estos dos criterios son coherentes con la propuesta teórica y las elecciones metodológicas de esta investigación y por lo tanto podrían ser utilizados para la reflexión en otras instituciones de salud mental, con características similares a COSAM de Conchalí.

7.4. Técnica de producción de datos y Justificación

Para la producción de datos se utilizarán dos técnicas: observación participante y entrevista individual en profundidad semiestructurada.

La observación participante es la mirada activa de un proceso que permite a los investigadores la descripción sistemática de eventos, comportamientos y artefactos del

espacio que se estudia, mediante notas de campo. Este proceso implica un aprendizaje de las actividades realizadas por las personas mediante la misma participación (Kawulich, 2005). Entonces, la observación participante “es una técnica de producción de información que consiste en observar determinados contextos a partir de la inserción y participación del investigador en dicho contexto” (Kawulich, 2005, p.2).

Es importante señalar que la observación participante se realizó no en el sentido clásico de la misma, o sea como un proceso de inmersión en una comunidad, sino sobre la experiencia de las sesiones grupales. La posición de expertos de la institución que cumplen los facilitadores e investigadores tampoco permite la inmersión en el sentido clásico.

Cabe señalar entonces que existen diversas posibilidades en torno a la técnica de observación participante que es necesario precisar de manera que sea coherente con lo propuesto como método y epistemología. Campos y Lule (2012) hacen una precisión respecto de la observación como una técnica que mediante la aplicación de ciertos recursos permite por ejemplo la organización, coherencia y economía de los esfuerzos realizados durante el desarrollo de una investigación; es decir que depende del método y las técnicas que la complementan para sostener una coherencia.

Un punto que marca diferencias significativas respecto a los tipos de observación es cómo se considera al observador y qué significa un observador participante. Por ejemplo, hay autores que sostienen la observación objetiva de la realidad:

La observación es la forma más sistematizada y lógica para el registro visual y verificable de lo que se pretende conocer; es decir, es captar de la manera más objetiva posible, lo que ocurre en el mundo real, ya sea para describirlo, analizarlo o explicarlo (Campos y Lule, 2012, p.49).

En cambio, la postura del observador como participante faculta al investigador a participar en las actividades grupales como es deseado, si bien el rol principal del investigador en esta postura es recoger datos y el grupo estudiado es consciente de las actividades de observación del investigador (Kawulich, 2005). Lo que se resalta y asume es la participación activa del investigador/a en el proceso que se está estudiando. Pero se

reconoce que no puede generar un conocimiento objetivo en la medida que siempre es parte de lo que está observando.

Entonces, la elección de esta técnica se justifica en tres sentidos. Primero, es útil en la medida que permite acercarse a lo que sucede en las relaciones de los participantes de los grupos o talleres en COSAM. Segundo, porque permite delimitar las dimensiones de un problema como son las vivencias en torno a la salud mental (Amezcuca y Carricondo, 2000). Tercero, porque se reconoce que la información que se necesita en esta investigación se encuentra en la vida cotidiana de la gente y en su relato (Ander-Egg, 2000).

Esta técnica admite la posibilidad de incorporar una pluralidad de técnicas a la investigación. De hecho, podría considerarse como un ejercicio de alternancia y complementariedad entre observación y entrevista, toda vez que ambas se utilizan desde una óptica donde el investigador forma parte de la situación estudiada (Amezcuca y Carricondo, 2000). Esta combinación de técnicas permite que la elaboración de la guía de preguntas de la entrevista semiestructurada en profundidad sea orientada por la información e impresiones recogidas hasta cierto momento de la observación participante (Pérez, Ardévol, Beltrán y Callén, 2003), tomando además como base los objetivos principales y el tema de investigación.

En este sentido, sobre la entrevista semiestructurada y en profundidad (Gáinza, 2006) que aquí hace complemento con la observación, se puede decir que:

Mediante la entrevista el investigador social enmarca histórica y socialmente las experiencias personales de sus entrevistados y busca comprender los procesos sociales que subyacen a las valoraciones e interpretaciones subjetivas individuales. En este proceso, el investigador social no ignora además el hecho de que el propio contexto de investigación es parte de la estructura social y comunicativa que produce e incita estas mismas valoraciones (Finkel, Parra y Baer, 2008, p.132).

La entrevista es una estrategia para hacer que la gente hable sobre lo que sabe, piensa o cree y entrega información al entrevistador que suele referirse al sentido de los hechos, sentimientos u opiniones, las normas y los valores o ideales. Aún así la

información que entrega el entrevistado podría tener significación obvia, a menos que se falte a la verdad o existan ocultamientos, para lo que se puede recurrir a chequeos, triangulaciones y la confianza entre ambas partes (Guber, 2001), lo que en el caso de esta investigación se traduce en el complemento que entrega la técnica de observación participante y con el vínculo que se genera con los entrevistados durante los talleres y entrevista.

Ahora bien, las características de la entrevista al ser en profundidad y semiestructurada, dan cuenta de su flexibilidad y apertura, así como también, de la necesidad de un guión con temáticas a tratar. Primero se denomina en profundidad, ya que progresa sobre un vínculo previo, entre entrevistado y entrevistador, el cual surge al inicio de la entrevista (Gaínza, 2006). En este caso surge antes, durante los talleres grupales observados. Sigue el modelo de diálogo, encuentro y conversación, es decir, es una relación de comunicación directa cara a cara entre un/a entrevistador/a y el individuo entrevistado/a con el cual se establece una relación peculiar de conocimiento que es dialógica, espontánea, concentrada y de intensidad variable (Gaínza, 2006), de tal manera que busca valores subjetivos y significativos para el entrevistado/a.

Así también, la información que produce una entrevista en profundidad es de carácter cualitativo, ya que da curso a las maneras de pensar y sentir de los sujetos entrevistados buscando la riqueza en el material lingüístico expresado libremente, al mismo tiempo que asegura que las respuestas sean elaboradas en sus propios términos, con un grado de libertad y fluidez que permita la salida de dimensiones más profundas (Gaínza, 2006).

En general las entrevistas cualitativas son definidas además por su grado de estructuración, donde una entrevista semi-estructurada se define en términos generales por Gaínza (2006) como una guía elaborada de temas pero que se realiza en condiciones de flexibilidad y libertad para ordenar las preguntas y elaborar otras nuevas en caso de que surjan. Así genera “por su carácter conversacional que desde el interaccionismo simbólico se recomienda a fin de que no oprimir a las personas participantes, generando un ámbito coloquial que facilita la comunicación entre quienes interactúan” (Díaz en Ozona y Pérez, 2004, p.200). Esta es una de las muchas clasificaciones que se le entregan a este tipo de estructuración, ya que se encuentra escasamente definida, pero se caracterizan por ser entrevistas de respuestas abiertas pero con preguntas ordenadas

(Gaínza, 2006). Sin embargo en términos generales se define aquí bajo los parámetros de Ortí (1998) quien la denomina semi-directiva, enfatizando en lo directivo el rol del entrevistador como definidor de un juego de lenguaje específico de preguntas y respuestas donde el sentido de la información que entrega el entrevistado pasa por la relación dialógica entre ambos.

Finalmente se analizará la información entregada en las entrevistas a partir de las *experiencias* de las usuarias. Esto se relaciona con el problema de investigación en la medida en que el concepto de salud vulgar (Canguilhem, 2004) considera la experiencia en primera persona de la salud como elemento central para su definición, así sus relatos nos permitirán un acercamiento a su propia idea de salud.

Esto es coherente con la noción de experiencia que usaremos en la investigación la cual se define por ser una vivencia o una expresión singular, no deducibles de lo común, pero elaboradas a partir de lo común de una estructura de experiencia. Así entonces, la experiencia no es al modo ingenuamente empirista o conductista un acontecimiento interno o un estado psicológico que se pueda fijar permanentemente: no es inmediata y tampoco es estable. La experiencia, el significado que le atribuimos, los valores que le asignamos, los afectos que nos provoca, las expresiones con las que la organizamos, constituyen un todo en movimiento (Díaz, 1997). De este modo “el significado está indexado por la experiencia. De aquí se puede seguir que la idea de los significados co-producidos en la experiencia tiene una consecuencia importante: ésta es, que la experiencia se determina recíprocamente con los significados que la orientan” (Sepúlveda, 2001, p. 39).

7.5. Estrategia de Análisis

Al considerar el análisis de los datos cualitativos es necesario diferenciar entre la generación de la teoría y la verificación de la teoría (Taylor y Bogdan, 2000). En este sentido, la estrategia de análisis de esta investigación se inscribe en la llamada Teoría Fundamentada (TF) pero sólo respecto del análisis y producción de datos. La TF “utiliza el método inductivo para descubrir teorías, conceptos, hipótesis y proposiciones partiendo directamente de los datos y no de supuestos a priori, de otras investigaciones o de marcos teóricos existentes” (Amezcuza y Gálvez, 2002, p. 429).

Existiría una diferencia entre la teorización sustantiva y la teorización formal, donde la primera alude al área empírica, concreta y sustancial de la investigación, mientras que la segunda tiene un alcance de nivel superior, más allá del contexto particular, como leyes generales e hipótesis comprobables (San Martín, 2014). Según Taylor y Bogdan (2000), mediante el estudio de diferentes áreas sustanciales, el investigador o investigadores futuros pueden ampliar una teoría sustancial (por ejemplo de la institución COSAM) y convertirla en una teoría formal (como por ejemplo el concepto de salud). A partir de este criterio, esta investigación se plantea el alcance de la teorización sustantiva.

En el caso de la TF, se trata de un método que no busca producir teorías formales, sino teorizar sobre problemas concretos que van a adquirir categoría superior en la medida en que se agreguen nuevos estudios (Amezcuca y Gálvez, 2002). A pesar de ello, por medio de la teorización sustantiva que surge de la TF es posible cumplir con el criterio de transferibilidad señalado con anterioridad, es decir, la aplicabilidad de los resultados en contextos similares al de la investigación, toda vez que al delimitar las condiciones y características del contexto estudiado se pueden identificar otros contextos similares en los cuales la teoría desarrollada podría encajar (San Martín, 2014).

Todo esto quiere decir que “al generar teoría fundamentada, los investigadores no tratan de probar sus ideas, sino sólo de demostrar que son plausibles” (Taylor y Bogdan, 2000. p. 155). A diferencia del objetivismo que exige la ciencia positivista, en la TF los significados son co-construidos entre investigadores y participantes (San Martín, 2014). De esta forma, el investigador o investigadora interesados en generar teoría, construyen un conocimiento basado en la experiencia de los propios sujetos (Amezcuca y Gálvez, 2002).

En el caso de esta investigación, es el conocimiento adquirido con los propios usuarios de COSAM el que, a través de las experiencias recogidas durante la observación y la entrevista, lleva a proponer un marco teórico que se constituya como aporte para el análisis de los datos. Esto quiere decir que los investigadores no buscan ir a comprobar una teoría ya completa respecto al concepto de salud, sino justamente construirla en un contexto histórico y social determinado.

En cuanto al proceso de análisis, la Teoría Fundamentada se basa en dos estrategias (Amezcuca y Gálvez, 2002): por un lado, el método comparativo constante indica que recolección de la información, la codificación y el análisis se realizan simultáneamente; por otro lado, el muestreo teórico apunta a seleccionar nuevos casos en función de que ayuden a expandir los conceptos que ya han sido desarrollados. En este caso, la recolección y análisis de información se realizan simultáneamente. A lo largo de la observación participante y las entrevistas en profundidad surgen los temas emergentes y se desarrollan propuestas para comenzar a dar sentido a los datos, de tal manera que al avanzar el estudio se comienzan a enfocar los intereses de la investigación, formular preguntas más directivas, etc. (Taylor y Bogdan, 2000).

Ahora bien, para la aplicación de la TF, el principal procedimiento de análisis para construir teoría es la codificación teórica, distinguiéndose tres procesos: codificación abierta, codificación axial y codificación selectiva, los que a partir de la definición de San Martín (2014), se pueden enumerar como sigue:

- La codificación abierta es profundamente inductiva, ya que prescinde de una teoría para aplicar conceptos, leyes o dimensiones al texto que se está codificando. Los datos son comparados en términos de sus similitudes y diferencias y son identificados con códigos. El resultado es una lista de códigos de la cual se obtiene una clasificación de segundo grado, denominada categoría.
- La codificación axial es el proceso de identificación de las relaciones entre las categorías obtenidas en la Codificación Abierta, acomodando sus propiedades, identificando sus interacciones y denotando hipótesis sobre cómo se pueden relacionar las categorías principales entre sí.
- La codificación selectiva tiene como propósito obtener una categoría central con un mayor nivel de abstracción, que integre las categorías y subcategorías de la codificación abierta y axial. Éstas se hacen converger en una unidad conceptual, que integra la vivencia expresada por todos los sujetos de la investigación.

Se realizó entonces un análisis de contenido categorial, el cual según Carrasco, Zúñiga y Espinoza (2014), busca dar sentido al conjunto de datos empíricos por medio de categorías que configuran un sistema teórico, dando coherencia a los datos extraídos, y estableciendo además un diálogo entre la información producida por los participantes y el enfoque teórico de la investigación.

Finalmente, la riqueza de las categorías y la densidad de la teoría se garantiza mediante la llamada saturación teórica. Esta permite identificar el momento en que es necesario detener la recolección de información, donde el muestreo teórico comienza a definir su término pues los datos comienzan a tornarse repetitivos (San Martín, 2014).

7.6.- Procedimientos

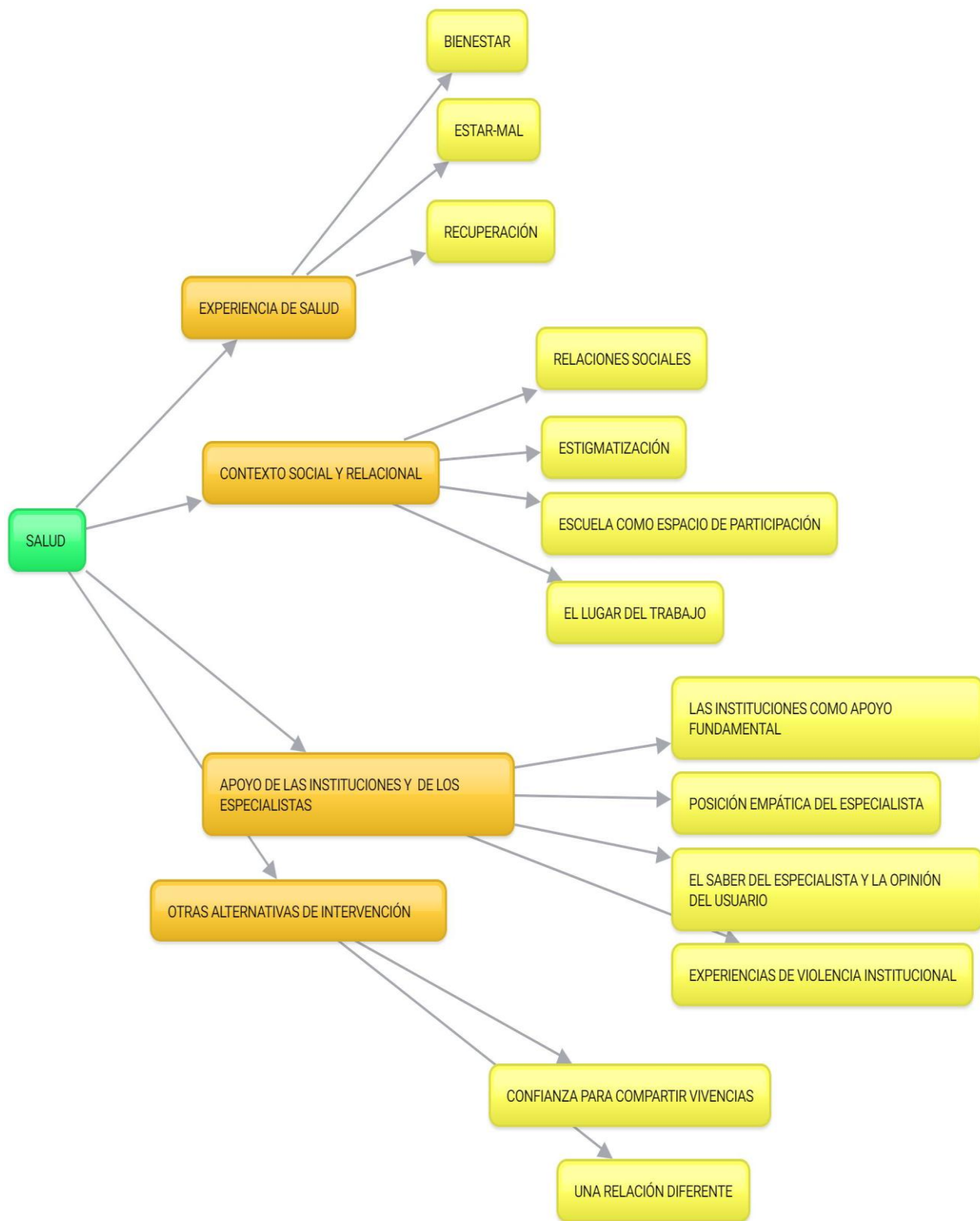
A continuación, se enumeran los pasos lógicos que sigue la investigación, siempre teniendo en cuenta que se constituyen en el marco de un diseño flexible, coherente con la metodología cualitativa seleccionada.

- Se solicitó el permiso a la directora de COSAM para realizar la investigación presentando un resumen del proyecto.
- Se contacta a las personas que cumplen con los criterios de inclusión de la muestra al comienzo de los talleres y se les pide su aprobación para participar en la investigación mediante un consentimiento informado, explicando y revisando con ellos las consideraciones éticas. Estas consideraciones refieren que la información proporcionada que será manejada de manera estrictamente confidencial y anónima, por lo que cualquier medio de registro, así como su transcripción será manejado eliminando cualquier información que permita la identificación de los participantes. Por último el participante se puede negar o retirar en cualquier momento de la investigación.
- Se realiza observación participante en dos talleres para padres, madres y cuidadores del programa infanto-juvenil, durante ocho sesiones.
- Se planifica junto a las usuarias como producto de los talleres una jornada de cierre con todos los participantes de talleres del año 2016.
- Se realiza sesión de cierre con los participantes de talleres del año 2016.
- Luego, se contacta a las usuarias que cumplen con criterios de inclusión, para ser entrevistadas.
- Se realizará la transcripción y análisis de las entrevistas mediante análisis de contenido-categorial, para luego ser presentadas en un mapa conceptual de categorías y subcategorías.

VIII. Análisis de los Resultados

Se presentan a continuación los resultados obtenidos a partir del análisis de contenido categorial de las entrevistas. Es importante señalar que las cuatro categorías son agrupadas en torno al concepto de salud, ya que se está considerando un concepto de salud en relación a la salud vulgar donde la experiencia singular es central. Esto permitirá hacer una discusión donde elementos que no hacen una referencia directa a la salud son considerados parte de ésta, por ejemplo, el contexto social, incluyendo elementos como el lugar del trabajo y los espacios de participación. En concordancia, se incluyen además dos categorías que distinguen impresiones acerca de lo que significan las instituciones de salud y cómo es la relación con los especialistas y las intervenciones desde la perspectiva de las usuarias (FIGURA 1).

Junto con el análisis de las entrevistas, se alterna lo registrado en el proceso de observación participante durante los talleres grupales de los que fueron parte las entrevistadas. Sobre la observación es importante contextualizar algunas particularidades. Hubo una asistencia periódica de las participantes y sólo asistieron mujeres a pesar de ser talleres abiertos a padres, madres y cuidadores, por lo que es la representación de ellas la que está presente en este análisis. Las sesiones de taller duraron una hora y media, pero se extendían en ocasiones a dos horas cuando las participantes se encontraban muy involucradas en las actividades. La disposición de las participantes era abierta, participaban y se escuchaban atentamente mientras compartían experiencias vistas como muy privadas. Existió un clima de confianza y cercanía con los facilitadores que ordenaban la conversación a partir de los intereses del grupo en cada sesión. Se tocaban temáticas propuestas a partir de las usuarias y articuladas por los monitores. Entre los temas, se discutió sobre crianza, la carga emocional asociada a las mujeres, la culpa que las acompaña usualmente, la sociedad machista, el poco tiempo con el que cuentan por sus muchas labores, su disposición y estados de ánimo cambiantes, la rutina y cómo todo esto derivaba en poca comunicación con la familia, sus hijos y con su entorno más extenso. Se sugiere que este clima permitió establecer un vínculo que resultó en que de las entrevistas posteriores emergieran distintas temáticas que es posible asociar con el concepto y las experiencias en salud que tienen estas usuarias.



created with www.bubbl.us

Figura 1

8.1.- La experiencia de Salud

Esta categoría se constituye de tres subcategorías, entre las tres primeras se establece un continuo entre las distintas experiencias de las entrevistadas sobre su bienestar, malestar y recuperación (FIGURA 2).



Figura 2

8.1a.- Bienestar

Se presentan aquí tres citas que constituyen lo que significa para las entrevistadas experimentar una sensación de bienestar en su vida.

“Poder compartir, poder reírte porque te quieres reír no porque quieres ponerte una máscara para que toda la gente te vea feliz en la vida eh... el compartir con el resto, el tratar de hacer cosas diferentes. Yo bueno, tome como opción el no pensar, era como esa mi opción, no voy a pensar nada” (Entrevista 1)

En la primera cita se rescata la sensación de felicidad como un sentimiento genuino, que permite compartir con otros y poder realizar cosas novedosas, detenerse y descansar del ejercicio de estar pensando siempre en las obligaciones. En cambio, las dos citas siguientes señalan que para poder decir que se encuentran bien en ciertos momentos, lo más relevante es que sus personas significativas se encuentren bien, sin enfermedades en términos generales y en una relación tranquila y armónica con ellas. Estos elementos aparecen como más prioritarios que por ejemplo, las condiciones económicas o materiales.

“Para mí la salud, yo mientras un miembro de mi familia no esté enfermo, todo lo demás me puede resbalar, enfermo... me refiero a toda clase de enfermedad, o sea puede ser física o mentalmente qué se yo, que ojalá no hayan problemas, disgustos, esas cosas, todo lo demás si tú me hablas de lo económico para mí me da lo mismo porque yo he tenido altos y bajos en la vida y sé arreglármelas con poco y me las arreglo con lo que tengo” (Entrevista 2)

“Cuando estoy bien con mi hijo veo que está todo normal, que no me produce inquietud, que lo veo tranquilo eh y cuando tengo buena relación con mi mamá” (Entrevista 3)

Entonces la experiencia de bienestar se establece en la posibilidad de tener una sensación alegría y tranquilidad, que permita compartir en relación con otros sin mayores dificultades. Entonces el bienestar incluye una forma de relación con los otros significativos y con la propia individualidad.

8.1b.- Estar Mal

Esta subcategoría caracteriza dos elementos centrales entorno a estar mal o al malestar. El primero es la forma de enfrentar la enfermedad o dificultad en salud. Existe una creencia previa de cómo deben relacionarse con estas situaciones y cómo esto puede incidir en el curso de las mismas. Así también, existe una muy nutrida descripción de lo que significa experimentar el malestar. Llama la atención que no existe una distinción clara aquí entre la vivencia en términos de dificultades de salud mental y salud física.

Primero entonces, sobre la aparición de situaciones de malestar, dificultad en salud mental o dolor, existe en las entrevistas de las usuarias distintas creencias de cómo se debe afrontar.

“Claro no es que me cueste, yo creo que es que yo no lo permito, yo soy una persona que me ha tocado ver casos de hombres o de mujeres que están resfriados y están tirados en la cama muriéndose, a mí me molestan esas personas así. Eh... entonces cuando yo estoy enferma, yo estoy haciendo las

cosas y a lo mejor no voy a hacer las cosas al mismo ritmo, pero las hago. O sea, con el lumbago hacer una cama es terrible, pero de alguna manera las hago igual” (Entrevista 1)

En la cita anterior se destaca que cuando se está mal existen mayores limitaciones, pero que estas no deberían impedir hacer ciertas tareas cotidianas. Estas tareas se realizarán a otro ritmo e incluso acompañadas de dolor pero se pueden realizar igual. No se está de acuerdo con que la enfermedad sea inhabilitante e incluso es molesto cuando otros enfrentan la enfermedad de esa manera.

La cita que continúa refiere también que existen diferencias que son posibles según la forma de asumir las enfermedades y dolencias. No invisibilizando su existencia, sino que reduciendo el impacto en la vida propia y de los otros mediante una actitud o disposición emocional más calmada.

“Todo lo que yo hago tiene una consecuencia. Y hoy día anduve al sol, todo el día, y yo no puedo andar al sol. Entonces eso va a repercutir en que en la noche a lo mejor tenga fiebre, tenga dolor de cabeza, no se quita con nada, tengo que aplicar calmantes muy fuertes para poder aplacar el dolor de cabeza. Si yo me estreso, me puede venir una crisis, caigo al hospital. Ahora me dieron la mala noticia, el ecógrafo me dice que estoy con una piedra en la vesícula, y que me tiene, me tengo que operar de aquí a tres meses, sí o sí. Y eso tampoco me gusta pasárselo, ah que esto es grave, que aquí, si es grave, pero si yo lo asumo así, va a ser así. Pero si no lo asumo así y lo tomo como más ligero, y más calmado, no me va a repercutir tanto” (Entrevista 4)

Es decir que experiencia del malestar está asociada a una disposición emocional. La cita que viene a continuación rescata una forma de afrontamiento que tiene que ver con un aislamiento de los otros en caso de enfrentar un estado emocional más bajo que su estado de ánimo normal. No compartir con los otros es otra forma en la que se puede reaccionar, aunque no se puede precisar si es una decisión propiamente tal o más bien surge en forma involuntaria.

“Si hablamos de cuando lo necesito en cuanto a que yo no me siento bien, soy como más pa dentro, cuando estoy como más de depre me aílo en general, de mi casa, de los niños, de todo” (Entrevista 1)

Ahora sobre la forma de vivir el estar enfermo existen múltiples posibilidades, a continuación se presentan tres citas donde se refiere como un elemento importante el impacto en las relaciones con los otros significativos, en este caso los hijos. Los cambios en la relación son variados, desde no estar interesadas en verlos, reaccionar de alguna forma que los demás no pueden comprender, hasta sentimientos de frustración dado que no se puede cuidar de ellos como se hace normalmente.

“No estar conforme mentalmente, en mi caso yo creo que el hecho de estar muy intolerante, el que me molestaran mis hijos, no quería ver a mis hijos, no quería llegar a mi casa, mi cara cambiaba automáticamente al llegar a mi casa” (Entrevista 1)

“De verdad me importaba un resto los niños, o sea me importaba nada los niños, me importaba nada si comían, si no comían, eh era tanto lo que me estaba encerrando que me importaba estar en... sufrir, llorar y botar toda esa rabia y toda esa pena que tenía” (Entrevista 1)

“Yo me frustró cuando me enfermo, por ejemplo en agosto estuve dos semanas enteras que no podía ni siquiera bañar a mis niños, que con suerte iba al baño, que no me podía servir ni una taza de agua, no podía caminar, no podía hacer la cama, nada porque sufro de asma y me da mal y fuerte, que no puedo respirar, me ahogo, quedó botada. Y eso, y eso me trae pésimas consecuencias porque me deprimó mucho, caigo en un estado si, mal, porque siempre he sido autosuficiente, me carga molestar, me carga depender de los demás” (Entrevista 2)

Existe entonces una reacción que apunta hacia la relación con las personas u otros significativos, a través del impacto emocional. La enfermedad pone en tensión las relaciones hacia direcciones que parecen diversas.

Por otro lado, en las citas siguientes se hacen referencias a ciertas analogías que permiten describir la sensación de estar enfermo, donde el punto común es el poco entendimiento de lo que les está sucediendo, es decir, la imposibilidad de ver soluciones claras a los propios problemas. Además, esto viene acompañado de emociones negativas y de agotamiento. Finalmente se puede destacar que a pesar de esta incomprensión existe una noción de futuro, de salir de ese estado de confusión y de poca claridad.

“Cuando estoy agotada, agotada, agotada, agotada, si, y yo ponte tú como algo, y me cae mal a la guata y después no puedo dormir en toda la noche por el dolor, y no puedo gritar porque despierto a los niños que están durmiendo arriba, que tienen que trabajar al otro día” (Entrevista 4)

“Eso poh, es caer en un hoyo negro y no encontrar por donde salir. No no no no, por más que le das vuelta al asunto, no hayai por donde encontrar solución a los problemas, aunque la solución esté al lado tuyo no las vas a ver, porque estás sumida tanto en el asunto, que aunque esté la solución al lado tuyo no la vei (...). Cuando uno tiene muchos problemas, cuando uno no sabe para dónde va el tren. Cuando uno si tiene un problema, no sabe por dónde meterse para poder darle solución, ahí uno, yo digo ahí uno se mete en un hoyo negro y no sabe por dónde salir, eso es. Cuando yo me separé, yo creí que sola no iba a salir del hoyo, eso me pasó. Ahí es cuando uno ya pisa fondo, toca fondo” (Entrevista 4)

“El tener esta pena y llorar y no saber porqué lloraba, de repente era pelear con todo el mundo, a mi todo me molestaba, entonces y yo creo que más que nada llorar sin saber porque llorai, sin poder explicar un motivo puntual o sea yo estuve mucho tiempo pensando porqué yo estaba así. Eran tantas cosas que no sabía cuál de todas estas cosas era la que me tenía así” (Entrevista 1)

La experiencia subjetiva del malestar incluye el agotamiento, la desesperación, la restricción de la posibilidad de ver soluciones. De manera que la experiencia de estar mal incluye limitaciones en la vida cotidiana que no siempre impiden realizar sus actividades, haciendo posible las diversas formas de afrontar la enfermedad, vivenciando múltiples emociones y contradicciones en las relaciones con uno mismo y los otros.

8.1c.- Recuperación

En esta subcategoría se presenta lo que hemos agrupado como experiencias de recuperación. Con estas dos primeras citas, se muestra lo que podría entenderse como este espacio intermedio entre sentirse bien y estar mal o incluso enfermo.

“Claro, el no querer estar tirado en una cama, claro aunque no quiere decir que no tenga periodos que lo único que quisiera es estar tirá en mi cama y que nadie me molestara, pero han sido mucho menos, aunque me ha costado han sido mucho menos (...) entonces llorar de repente. Porque soy tu la que les tiene que ayudar a ellos, no ellos a ti, pero si tengo permitido llorar de vez en cuando hasta que me canse, trato de hacerlo cuando ya están acostados, me voy a dar una ducha y lloro un rato, como he tratado de llevarlo así” (Entrevista 1)

“Muchas veces le he dicho yo no quiero permanecer más en esto, quiero desaparecer de la historia, me ha pasado mucho eh... creo que este año he sido muy fuerte y de hecho verme así tan fuerte igual me da como susto, porque me puedo ir al suelo. Como que me sorprende, pero me da miedo que en algún momento me pueda caer y no me pueda parar” (Entrevista 1)

En estas dos primeras citas se puede ver que ninguno de los tres estados que han sido descritos desde las entrevistadas son seguros, no existe certeza de la continuidad entre ellos, así también es importante tener espacios para poder estar mal sin que esto se transforme en un estado permanente, tener espacios donde se pueda liberar la emoción, por ejemplo llorar o hablar de lo que está causando malestar.

Así también, en las citas a continuación se señala que este estado de recuperación es un estado distinto, con características propias que en algunos casos se puede convertir en el nuevo estado de normalidad. Hay veces en que existe una pérdida de ciertas capacidades en este caso físicas, obligando a hacer algunos cambios de hábitos que luego se mantienen.

“Claro ahora tengo un problema, lo tomo todo con calma. Me demore lo que me demore. Si tengo que ir a tal lado, y tengo que estar a tal hora fija, me tomo, si

antes me demoraba una hora yo ahora me demoro, me tomo una hora y media porque yo sé que me voy a demorar, porque ya no camino tan rápido como antes” (Entrevista 4)

“Lo pasé mal en muchas cosas y sobreviví, soy como de... además yo viví una depresión mal, de estar en cama, de no querer comer, no ver nada. Y me levanté y salí adelante, entonces como que aprendí de esas herramientas, puedo tener un bajón, me puede durar un mes, pero me levanto” (Entrevista 3)

Esta última cita agrega la noción de sobrevivencia, la idea de levantarse al momento de poder recuperarse de estar mal, es un momento que además otorga aprendizajes para cuando se enfrenten situaciones similares.

Ahora bien, existe un elemento que es destacado por la mayoría de las entrevistadas tiene que ver con la importancia de los otros significativos en el proceso de recuperación, pudiendo ser tanto positivo como negativo. En algunos casos como en los de las citas siguientes, los otros se convierten en un apoyo y un impulso a mirar las situaciones difíciles con otras perspectivas y prevenir estrés mediante el diálogo.

“No, han sido importante y a lo mejor hacerme parar y ver el vaso medio lleno, porque cuando uno está con depre uno tiende a ver todo lo malo y no ve como las salidas posibles. Sí, yo creo que a mí me costó mucho como ver las luces y a lo mejor irme pa el lado más claro, tuvieron que ayudarme y me costó hartito, pero... yo le doy gracias a estas personas que fueron las que “vamos, no te podí caer están los enanos” y me tienen a mí no más po” (Entrevista 1)

“O sea yo creo que es súper bueno que tú le cuentes tus problemas a alguien de repente y alguien sobre todo si tú lo consideras que esa persona eh... no te va a defraudar, eh... te evita estresarte además po` mira esto mismo yo creo que todo lo que sea ser sociable tú lo echas para afuera, a lo mejor yo tragándome cosas a lo mejor sería penca también, me enfermaría, qué se yo” (Entrevista 2)

En el ejemplo de la cita a continuación esta situación se hace más evidente, siendo en este caso la madre un pilar central en la vida de la entrevistada. Es este otro

significativo quien es señalado como en gran parte responsable de la mejora, pues con su presencia y ayuda fue posible salir en este caso de un estado de depresión. Expresa entonces que de no ser por el cuidado y preocupación del otro en la vida cotidiana, no habría sido posible la recuperación.

“Mi mamá no, sobre todo cuando me separé, siempre ha estado ahí, ella, digamos, ella me tiró el salvavidas para yo salir del hoyo. Porque yo estuve con depresión como tres meses que era de que yo no salía, me senté en un sillón a fumar y a tomar café, y eso era todo lo que hacía, nada más. Y ella era la que me llamaba todo el día, me llamaba, tenís que salir de ahí, tenís que salir de ahí. Yo iba a trabajar a la feria porque era necesario ir a trabajar, porque tenía que llevar algunas lucas para poder comer, por eso no más salía a trabajar, porque si hubiese tenido plata yo no me paro nunca más de ahí. Y ella me iba a ver a la feria, me llevaba desayuno, me preguntaba cómo estaba, qué cómo están los niños, ella me sacó de... Si no, no habría salido” (Entrevista 4)

Sin embargo, los otros significativos no son siempre influyentes de manera positiva en la recuperación. En las dos citas siguientes se relata cómo es que una relación conflictiva, ya sea con violencia o desinterés de por medio, puede ser contraproducente en un proceso de recuperación ante una dificultad de salud. Esto acarrea sensaciones de incompreensión, malos tratos y falta de cuidado. Se adosa aquí a las dificultades de salud/salud mental la preocupación por estas relaciones que no aportan a un proceso de recuperación, sino que traen consigo mayores preocupaciones y problemas adicionales.

“Sentía que donde estaba no le servía a nadie, lo único que quería era morirme y ya había pasado por un intento de suicidio antes, entonces era (...) y tenía mucho que ver con las relaciones que había en mi casa también, con los problemas que había en mi casa, entonces no podía, no podía nadar contra la corriente. Entonces ya como que mis fuerzas... fui muy fuerte muchos años en que me callé violencia, en que me callé pena, en que me calle... yo siempre mostrando al resto de que éramos una familia feliz eh... un momento y yo creo que fue más que nada por las cosas que le fueron pasando a la F. que no pudieron responder en el colegio, que me sentía como incomprendida del resto” (Entrevista 1)

“Mi pareja se porta re mal, porque a él no le gusta que yo esté enferma, él dice que es como que estai muerta, me dice, como de verte que estai tirada siendo que tú siempre súper activa, te haces todo, a él le produce ehm... el efecto contrario, él se pone mal, se pone pesao conmigo, no me ayuda en nada. Es como al revés de mi hermana, que él todo para mi hermana y él al revés, si me trata mal, no me cuida, no me da nada, entonces ahí tengo que recurrir a mi hermana, a mis papás, que ellos ya sabe que funciona así, entonces ellos me tienen que llevar al doctor, ellos me tienen que hacer la cama, o igual llevar a los niños, hacer comida, porque él de verdad que no hace nada. Para él es como que vive un duelo, que lo mata cada vez que yo me enfermo a ese nivel. Para él es lo peor” (Entrevista 3)

Esta subcategoría se puede sintetizar en que la recuperación no existe como una certeza, sino como un momento que es influido por factores como la transformación de la propia vida, la relación con otros significativos y también su respuesta.

8.2. Contexto social y relacional

Esta categoría contempla cuatro elementos; en primer lugar, aparece una caracterización de las relaciones sociales a las que le dan más relevancia las entrevistadas. Luego como segundo elemento se señala que existe un estigma asociado a los problemas particulares de sus contextos de barrio o población. Además emerge la escuela como un lugar de participación relevante asociado a sus hijos e hijas. Finalmente aparece el trabajo y los factores económicos asociados a este como un elemento central de la experiencia de bienestar o malestar (FIGURA 3).



Figura 3**8.2 a.- Relaciones Sociales**

Se desprende de las entrevistas la importancia de las relaciones familiares, en el sentido de que incluso existe una reducción de la vida social al espacio familiar. Este es descrito como un espacio muy valioso sobre todo para enfrentar dificultades, es en el espacio familiar donde se pueden volcar las preocupaciones y donde existe mayor espacio de confianza. Quien cumple este rol es variado, siendo las madres, hijas, hermanas y en un caso el esposo.

“Mi hermana siempre ha estado en mis momentos difíciles, a pesar de que tenemos diez, casi diez años de diferencia, eh... se puede decir que desde de todo lo que pasé con mi ex marido, de ahí en adelante y con N. hasta el día de hoy es la, es el apoyo que tengo. En ella me refugio, ella me ayuda en todo (...), o sea no nos podemos guardar nada porque nos conocemos tanto que no existe ni la vergüenza, ni... a ya no importa aunque me vaya a retar se lo cuento igual, estamos las dos en esa misma pará, creo yo” (Entrevista 3)

“También de repente converso con mi marido, con mis hijas también que tengo mucha confianza con mi hija mayor, también conversamos ciertas cosas, ella tiene un genio totalmente diferente al mío. Entonces estamos como madre e hija y pasando cierta etapa ya mi hija no es tanto mi hija, sino que yo le puedo contar cosas” (Entrevista 2)

“Mi mamá no, sobre todo cuando me separé, siempre ha estado ahí, ella, digamos, ella me tiró el salvavidas para yo salir del hoyo. Porque yo estuve con depresión como tres meses que era de que yo no salía, me senté en un sillón a fumar y a tomar café, y eso era todo lo que hacía, nada más. Y ella era la que me llamaba todo el día, me llamaba, tenís que salir de ahí, tenís que salir de ahí. Yo iba a trabajar a la feria (...) Y ella me iba a ver a la feria, me llevaba desayuno, me preguntaba cómo estaba, qué cómo están los niños, ella me sacó de... Si no, no habría salido” (Entrevista 4)

En estas dos últimas citas se muestra que el rol importante de la madre en momentos donde no existe motivación o sentido para continuar, esta figura es reconocida como un pilar fundamental para sobrellevar momentos de conflicto y también es relevante en momentos más cotidianos de organización o de poder cumplir con las tareas o problemas diarios. Además, se señala la escucha y la posibilidad de contar lo que les acontece como algo valioso que se encuentra en las relaciones familiares más cercanas.

Sin embargo, también existe un reconocimiento de las limitaciones que puede tener el espacio familiar. En las citas siguientes se señala que la vida fuera del círculo de la casa es importante para poder sostener amistades y tener una vida en el plano de lo cotidiano que no necesariamente esté asociada a la familia, ya que no todas las cosas se pueden hablar en ese espacio.

“No yo creo que son súper importantes pa` eh... en el sentido de abrir un poco a las personas, para las mujeres que son dueñas de casa tener como una vida más social, salir un poco de su círculo que es su casa, porque yo encuentro que en un grupo uno igual puede encontrar algunas amistades” (Entrevista 1)

“Pero hay cosas que tu no le puedes contar a tus hijos porque están relacionadas a lo mejor con el matrimonio, (...) no tengo un matrimonio eh... tortuoso, no tengo problemas, grandes problemas con mi marido pero de repente hemos tenido asuntos entre los dos que tampoco se los puedo decir a mis hijas” (Entrevista 2)

En las citas posteriores, aparece que el lugar de las amistades y grupos externos es el de brindar una relación que permite hablar ciertas cosas sobre el círculo de la familia y la casa. Son estas un espacio de distracción, despeje, de no centrarse sólo en sí mismo, donde existe una relación recíproca entre compartir y escuchar al otro.

“Más de, para distraerse y pasarlo bien. Es una forma de salir de la rutina. Más para eso, de escuchar otras cosas, de no estar siempre con los mismos que estamos todos los días como... de lunes a viernes se procesa todo de la misma manera, en cambio si yo salgo con mis amigas ya cambio el switch y ya es otra cosa, claro, ella me cuentan lo que le pasó la semana pasada, o lo que... la pelea que tuvo con el hijo y... ya no estoy pensando en lo que me pasó a mí con el B. o

lo que tuvimos que sufrir hoy día con todo el día en el hospital... cachai entonces me distraigo un rato” (Entrevista 4)

“Si bueno yo tengo hartos grupos, tengo un grupo de apoderadas que vienen de kínder juntas, hemos salido con los chiquillos, la otra vez fuimos a la playa, porque justamente los chiquillos de nosotros no se juntan entre ellos, entre las que somos amigas. Entonces quisimos como armar un cuento, no tienen malas relaciones para nada, súper bien la salida a la playa, compartieron harto” (Entrevista 2)

“Y antes, no, porque antes, yo siempre he sido muy social, tenía muchas amistades, pero no amistades de contarles mis cosas, así como... súper hermética, si... para carrete. Para distraerse, para salir a tomarse un traguito a lo mejor o para salir a hacer unas compras, pero más que eso no” (Entrevista 3)

Hasta aquí entonces se puede ver como la familia aparece como un espacio de contención y de soporte en la vida de las entrevistadas, así también es posible observar que se valoran otros espacios de escucha, que al parecer no actúan tanto como contención sino como de distracción y liberación de tensiones. Ambos espacios actúan de manera complementaria, en pos de sentirse bien en sus relaciones, sin embargo, el espacio familiar tiene adjudicado un sentido mucho más emocional y permanente.

Sobre las relaciones sociales que comparten las entrevistadas también aparecen como punto importante las relaciones con los miembros de la población, del lugar donde viven. Estas relaciones son caracterizadas por la mayoría de ellas como cordiales, aunque no aparecen como un espacio al que se pueda acudir, excepto en situaciones excepcionales. Más bien se destacan aspectos negativos acerca de las personas que son parte de la población que están vinculadas al tráfico de drogas, lo que media mucho las relaciones entre los vecinos. Se genera además una comparación con el pasado, un relato de un antes y un después en las formas de relacionarse, una distancia entre lo actual y lo que solía ser.

En este primer grupo de citas se puede observar que la relación con los demás la mayor parte del tiempo es cordial y de escaso involucramiento con el otro. No existe un conocimiento de lo que pasa en la vida de los vecinos en el día a día. También, en la

mayoría de las citas se puede resaltar un resguardo del espacio propio como un elemento que se repite.

“Yo saludo por lo menos a los vecinos que conozco, siempre trato de saludarlos, conversamos y es gente adulta la mayoría, no hay mucha gente joven, casi todos son adultos. Entonces como que me conocen desde chica y uno siempre tiene una conversación con ellos, hay harto cariño eh... y eso” (Entrevista 1)

“En casos puntuales como que estamos todos ahí, pero en el diario vivir no. Yo creo que si sabe alguien de la vida del de más allá yo creo que es más que nada por cahuín que porque tenga una relación, así como más cercana” (Entrevista 1)

“Yo voy del trabajo a la casa, así (...) tengo amigas que viven cerca sí que son apoderadas del colegio, con ellas tengo bastante contacto. Pero vecinos... es que yo me cambie hace poco para acá de nuevo, hace 5 años, entonces tengo una vecina como mayor al otro lado, que por supuesto la saludo le pregunto como esta, al otro lado tengo un lolo que debe tener como tu edad, llega en la noche y hola y nada más” (Entrevista 2)

“Porque yo vivo mi metro cuadrado, yo con suerte yo saludo a los vecinos de mi pasaje por cortesía, porque es gente mayor y gente que me conoce de chica, yo los saludo de ida, de vuelta, en la mañana en la tarde, y yo me meto a mi casa y yo no sé de nadie más” (Entrevista 4)

Existe una relación diferente con otros vecinos que son caracterizados como problemáticos, la que podemos ver en las siguientes citas. En su mayoría estos vecinos que generan problemas están involucrados en el consumo y tráfico de drogas. Esto ha mediado mucho las relaciones entre los vecinos y se observa un cambio por parte de las entrevistadas, ya que al haber vivido en el mismo lugar durante gran parte de su vida, pueden marcar un antes y un después. Esto lo reflejan sobre todo en cómo sus hijos se relacionan con el contexto, reduciendo la mayoría su espacio de diversión al hogar o en lugares donde puedan ser vigilados por sus padres. Así como también en la disposición de la gente, ya que hay rivalidades por la temática de las drogas y el tráfico que ponen

limitaciones a todos quienes viven allí, por ejemplo, acerca de horarios y espacios donde evitan desplazarse porque se han vuelto peligrosos.

“A uno también ahora le cuesta soltar a sus hijos para que vayan a otras casas, por lo menos a mí me cuesta mucho. Entonces me acuerdo que yo pasaba mucho en la casa de mis amigos, y compartía con sus papás y mis amigos iban mucho a mi casa, como que son cosas que ahora los niños están más solos porque están metidos en el mundo de la tecnología, la tecnología los tiene muy... no sé cómo decirlo” (Entrevista 1)

“Antes no era así, uno podía salir al pasaje donde uno vivía a andar en bicicleta, compartir con los vecinos, se hacían cosas más de, de... era uno más unida con los vecinos, yo tengo ese recuerdo de mi niñez súper bueno. Pero ahora la gente, cada cual en sus casas, con suerte uno se saluda, la gente vive muy estresada, muy enemistada, por los mismos hijos (...). Claro porque ya se empiezan a formar los grupos, que alguno no sé, cayó en la droga entonces empiezan a traer las juntas al mismo lugar y se empiezan a contaminar po. Entonces uno vive más encerrada, más como ermitaña prácticamente” (Entrevista 3)

“Casi todos mis vecinos son más o menos igual, viven en su metro cuadrado, unos más que otros pero, dentro del mismo contexto que por decirte llegan las diez de la noche y ya no hay nadie en las calles. Los puros locos estos que hacen fiesta o los mismos que trafican, los que andan afuera, claro”. (Entrevista 4)

De manera que las relaciones cotidianas con los vecinos cercanos se han visto alteradas por la entrada de problemas sociales como es el tráfico de drogas. Sin embargo, a pesar de coincidir la mayoría de las entrevistadas en los problemas que traen las personas involucradas, también existe un reconocimiento de que estos grupos no son completamente ajenos a la vida de las demás personas de la población, apareciendo situaciones en las que se prestan como ayuda ante alguna dificultad.

“Creo que eh... a pesar de que están estos grupos de... de estos chicos como que echaron a perder un poco, por decirlo así el tema del barrio, cuando ha habido problemas son como súper unidos. No sé, recuerdo el terremoto del 2010, que

paso que hubieron muchos saqueos y en ese tiempo yo estaba en la casa de mis papás y me acuerdo que andaba gente por arriba de los techos y recuerdo haberles pedido a estos mismos chicos que me ayudaran y claro revisaron toda la casa, o sea en ese sentido como en los momentos de... estamos todos ahí. Yo creo que son puntuales los momentos en que queda la escoba (...). En ese sentido soy súper confía, como que confío que los conozco y que no me va a pasar na”
(Entrevista 1)

“Es una población donde hemos ido pasando de generación en generación, por ejemplo, los más abuelitos que hay en la población yo los conozco de chica. Porque yo nací en la población. Entonces es pura, entre todos que nos hayamos visto una o dos veces o no nos hablemos nunca, nos conocemos de vista. Sabemos, y cuando anda, alguien extraño, cachamos al tiro que no es de por acá.”
(Entrevista 4)

Entonces existe también una cierta noción de pertenencia al territorio y de conocimiento entre sus habitantes, que no necesariamente excluye a quienes participan de actividades como la circulación de droga u otros problemas.

8.2 b.- Estigmatización

En esta subcategoría se destacan contenidos que sitúan las dificultades del contexto donde viven y cómo éstas son vivenciadas por las entrevistadas. En esta primera cita se señala algo que aparece en la subcategoría anterior como los cambios que ha sufrido la población, no solo en sus relaciones sino que también por los peligros a los que se pueden ver enfrentados quienes viven ahí. Esto es señalado en la cita como la falta de tranquilidad en relación a lo que pueda pasar.

“Hace algunos años atrás ya se puso muy malo el barrio. Uno antiguamente podía salir a jugar, cuando yo era chica salía a jugar al pasaje, andaba en bicicleta, andaba en patines, jugábamos con los amigos pero ahora... eh... mi temor como mamá es más grande entonces no se... mucho tiempo me sentaba afuera de la casa mientras que los niños jugaban un rato, pero yo insisto en que ya ahora es complicado, muchas veces han habido balaceras cerca, el pasaje donde yo vivo

desgraciadamente los chicos que eran con los que yo jugaba, tomaron como el camino malo y... se pusieron delincuentes, mucha droga, entonces eh... corren en el auto, es un pasaje cerrado entonces corren no más lo autos. Entonces no está como esa tranquilidad, esa paz de que los niños puedan estar afuera jugando, si uno quiere lo que uno puede hacer es salir con ellos a alguna plaza o salir a caminar con ellos, pero no ahí, porque se echó bastante a perder el sector” (Entrevista 1)

“Y he sabido que la población esta mala siendo que antes era una población que tu podías andar, no sé po de madrugada, yo viví mi juventud acá po` (...) Eh... yo creo que está muy peligroso, asaltan, bueno lo que está ocurriendo casi en todas partes, pero no es un barrio malo, es un barrio muy antiguo. Este barrio tiene por lo menos 60 años, 70 años. Entonces ya no hay juventud, por ejemplo, vive mucha gente mayor” (Entrevista 2)

En esta cita se señala en concordancia con la anterior el cambio existente en el barrio, ya sea porque la gente que vive allí envejeció o porque existe una sensación de peligro y de que no es tan seguro como antes desplazarse por ahí, pues se pueden enfrentar a asaltos. Sobre la misma temática de la población, otra entrevistada señala que existen problemas como la prostitución y presencia de armas y esto tiene como consecuencia que ella sienta un temor constante y trate de que sus hijos tengan la menor conexión posible con el contexto en donde viven, con el fin de evitar que puedan influenciarse con la gente de ese lugar.

“De hecho prostitución. Si, vivo como a dos cuadras, súper cerca. Entonces hay mucho balaceo, muchas drogas en todas las esquinas, y eso es una lata porque uno tiene que tener los niños encerrados, en una burbuja. O sea o uno los mantiene ocupados, que eso es como lo que queremos hacer con el J., que tengan, no sé, meterlo en talleres, ya yendo al colegio que no tenga casi espacios como para que en una edad más adelante, que la salida en la calle, tener amigos por ahí... somos como súper reacios los dos” (Entrevista 3)

“Porque yo con mi hijo tuve esa experiencia, eh... de dejarlo tener un amigo, que se vieran, a jugar a la pelota y así empiezan, hasta que se me escapó de las

manos y llegó a la delincuencia, con marihuana m... estuvo un tiempo consumiendo cocaína, entonces fue muy doloroso para mí porque pensé que nunca iba a llegar a eso y es un mundo totalmente... cruel. Se sufre demasiado” (Entrevista 3)

Estas cuatro citas permiten situar el contexto en el que viven las entrevistadas, que podríamos resumir como un lugar que ellas consideran más riesgoso que en tiempos anteriores. Además en la última cita se esboza que los riesgos a los que se exponen en el lugar las ha llevado a desarrollar sus actividades lejos de allí o solo en el espacio íntimo, incluso considerando riesgoso que sus hijos se relacionen con gente del lugar en donde viven, porque esto podría ser perjudicial en un futuro. La cita siguiente condensa muy bien ambas ideas:

“Me encerraron en mi casa po. Eso han influido, de que yo no salga a muchas partes dentro de la población, si son lugares específicos, el colegio, la casa de mi mamá, la casa de mi abuela o el parque para llevar al B. un rato. Y era. (...). Y salir a jugar un rato, sí, con un vecinito que tiene B. pero también yo cuidando de con quién está, con quién se junta, cómo son esas personas” (Entrevista 4)

Este acto de encerrarse parece en directa relación con lo que señalan las citas que vienen a continuación. Éstas se relacionan con el estigma que conlleva vivir en cierto lugar con características como las mencionadas anteriormente, un estigma que es impuesto desde afuera pero también reforzado y prácticamente asumido por las personas que viven allí.

“No es que uno quiera ser clasista pero lamentablemente uno ve que en las poblaciones ya los niños ya son guagüitas y ya son, tienen tendencia a ser, como que uno ya los califica que va a ser delincuente, o que van a ser, no sé po” (Entrevista 3)

Esta cita señala algo que es bastante relevante, en tanto que sitúa el destino de las personas con las que convive en su población como algo de lo que no se pudiera escapar, bajo la creencia de que compartir allí puede convertir en delincuente y por ende,

parece necesario no relacionarse con las personas de su comunidad para proteger sobre todo a los hijos de entrar en estas dinámicas tan comunes del barrio.

Sin embargo, en la cita a continuación se presenta otra visión sobre la misma situación:

“Una población con mucho estigma (...) que hay puros drogadictos, y que hay puros traficantes y toda la cosa, pero yo creo que es como en todas las poblaciones de todos los barrios, se cuecen habas como se dice, como de una u otra forma. En otros lados pueden haber muchos más ladrones, acá a lo mejor hay mucha más drogadicción o traficantes como le dicen ellos, pero los que son de la población no se hacen daño unos entre otros. No hay grandes conflictos, como en otros lados que pegan, que salen en carreras de autos y pegan balaceras y mandaron al del otro pasaje y que vendieron pa acá y hicieron una mexicana y puras cuestiones así como... o por lo menos yo no..., también es muy estigmatizado el colegio, por estar ahí, dentro de una población donde sí hay drogadicción, hay traficantes, hay muchas cosas, pero en sí internamente el colegio es muy bueno” (Entrevista 4)

Esta entrevistada cuestiona todos los factores negativos que se centran en poblaciones que tienen un estigma social, no se niega en ningún momento que hay problemas, como por ejemplo en relación al tráfico de drogas, sin embargo, señala que todas las poblaciones tienen sus problemas particulares y que a pesar de que su población tiene los propios, existe un tipo de vínculo para con quienes viven allí y se confía que no les harán daño. Esto permite pensar en posibilidades como el cuidado, la lealtad y el respeto, ideas que en la cita no se exploran más profundamente. Esto se condice con lo expuesto en la subcategoría de relaciones sociales, donde también se señala que a pesar de los problemas que existen, hay un grado de confianza en quienes viven en la población.

Finalmente hay dos citas que marcan que vivir en el lugar en el que viven no es un elección, no hay más opciones para ellas y si éstas existieran, no permanecerían allí.

“Si no fuera porque es difícil tener casa, y a mí se me dio la facilidad de que puedo tener gracias a mi papá, yo no sé, postularía para irme fuera de Santiago, o en comunas que están muy lejos de acá...” (Entrevista 3)

“No, yo me iría feliz a vivir al campo (...). Me encantaría poderlo hacer ehh... hace unos años atrás lo pensé, mis papás tienen casa en Molina... eh... pero eh... en ese tiempo siempre topaba con el tema de que la Fernanda se enfermaba mucho y allá está como la posta rural y pa` que los atiendan era como un show en urgencias y el tema del trabajo, como esas dos patitas eran complicadas” (Entrevista 1)

Los elementos que se interponen con la posibilidad de vivir en otros lados, son diversos y se refieren así: temas económicos, no poder recibir un tratamiento médico adecuado en otro lugar y el trabajo.

En síntesis, se puede decir que esta subcategoría que se conforma en torno a la idea de estigmatización de las personas de cierta población, tiene muchas referencias a los problemas actuales de las poblaciones, como son el tráfico de drogas, el uso de armas y la restricción del espacio público, limitando el desarrollo de la vida al espacio privado o doméstico. En concordancia aparece lo que se señalaba en la subcategoría de relaciones sociales como la reducción de muchos vínculos sociales al espacio familiar. Esto se potencia con idea de que vivir donde viven no es una elección sino más bien una imposición externa de distintos factores sociales. Todo esto impone un estigma que es perpetuado por la mirada externa y por los propios miembros de la población en el caso de estas entrevistas. Sin embargo, a pesar de todo lo anterior existe algo como un reconocimiento de vínculos de confianza para con los miembros de su territorio.

8.2c.- Escuela como espacio de participación

Respecto al contexto social y relacional, el tercer elemento importante que emerge en las entrevistas con las usuarias tiene que ver con que refieren el espacio de la escuela de los hijos como un espacio de participación grupal. Si bien tres de ellas no participan de ningún grupo o colectivo fuera de COSAM, si existe participación activa en este espacio y en conjunto con otros padres o madres.

“Ahí no trabajaba entonces ahí claro po, metida en todo y todo por el curso (...) Me disfrazaba, es que todo lo que tenga que ver con cosas para los niños, yo sé que para los niños es súper importante ver a los papás ahí” (Entrevista 1)

“A los colegios chicos le llegan muy pocos recursos, y los recursos que llegan son para cosas específicas, por ejemplo, el kínder necesita juegos didácticos, se hace un proyecto y solamente para eso. Si nosotros necesitamos por decirte ya, hacer el jardín y comprar pasto, no había plata. Allá nosotros decíamos, ya hagamos una completada, cada curso coloca una donación y hacemos una completada y con eso se hacen ya, tantas lucas y listo, eso nos alcanza para el pasto” (Entrevista 4)

Sin embargo, se señala que esta participación no está exenta de dificultades y que ser parte de actividades en el contexto de la escuela es complejo, porque hoy en día no todos los apoderados presentan el mismo compromiso con las actividades planificadas por los apoderados o por el colegio, se ve que ha cambiado su grado de participación.

“Siempre me ha gustado ayudar en los colegios, siempre he sido del centro de padres del curso, ayudando en los cursos de mis dos hijas, y del centro de padres general del colegio, cuando estaban las niñitas tenía mucha ayuda, muchos apoderados me ayudaban (...) cuando volví con el B. al kínder, B. entró al kínder del colegio, ahí me agarraron y ya no me soltaron más. Qué bueno tú tenías que quedarte en el centro de padres porque tú movís, aquí y allá. Pero ahora resulta que mis amigas las que me apañaban antes, no están po. Y los apoderados están muy muy muy reacios a cooperar. Entonces ahí estoy llevando el buque sola” (Entrevista 4)

“Porque ahora los papás como que no están ni ahí con la educación de los niños, no les interesa ahondar más allá de lo que los niños les dicen (...) Así como estamos cambiando los hábitos de la alimentación, tratar de cambiar ese switch de que de la puerta para adentro del colegio no dijeran garabatos. Si las mamás en el mismo hall del colegio “ya hueón andate pa dentro”, así, entonces qué le vamos a pedir a los niños. Yo poniendo carteles del centro de padres, que en el colegio se enseña matemáticas, castellano, historia, pero en la casa se enseña a respetar a

los adultos, a no robar, a esto a esto otro. Esos son hábitos desde la casa, no son parte del colegio. No sé qué hacer, no sé qué más hacer, y apoyo no tengo” (Entrevista 4)

A pesar de que la escuela parece tener el potencial como espacio propicio para la participación de estas madres ya sea en función de las actividades de sus hijos o de las necesidades del colegio, existe una sensación de soledad frente a la imposibilidad de enfrentar ciertas dificultades o incluso contingencias sin el apoyo y participación de más apoderados. Aparece como una experiencia que requiere mucho esfuerzo para ser mantenida y que es hoy en día es un esfuerzo más individual que colectivo.

8.2 d.- El lugar del trabajo

Esta subcategoría se refiere principalmente al lugar que tiene el trabajo en la vida de las entrevistadas, lo que emergió como una tarea que trae muchas emociones asociadas. Por ejemplo, en las tres citas siguientes, se muestra que el trabajo es un distractor que permite ampliar la dimensión social de la entrevistada. También aparece como un factor que si se mantiene estable, puede entregar mucha tranquilidad emocional.

“Yo creo que pa` mi es súper importante y ha sido como mi vía de escape en los momentos complicados, cuando he estado, así como muy mal, ya el hecho de levantarme y tener que trabajar es como ver otro mundo, no encerrarme tanto, no pensar tanto y no estresarme tanto en las cosas que tengo que hacer. Aunque igual sigan las cosas ahí dando vuelta, aunque uno tenga que llegar después a su realidad ha sido como importante” (Entrevista 1)

“Yo he sido una persona que siempre he trabajado en primer lugar, dificultades económicas grandes jamás he tenido, he pasado momentos súper apretados pero gracias a dios no me ha faltado, pero no nos ha faltado como grupo familiar porque nos hemos sacado la cresta, yo era capaz de andar con mi chiquillas trabajando pero nunca por ejemplo decir” pucha présteme plata” no, siempre trabaje, siempre y todavía me gusta trabajar, me gusta recibir mi plata eh... por eso te digo así como dificultades económicas así como serias nunca he tenido porque siempre

me las he rebuscado, o sea yo trabajo acá y estoy trabajando en lo que trabajaba antes el día sábado con una amiga en su peluquería, o sea igual” (Entrevista 2)

“Qué es lo más importante para mí. El mantener la casa y mantener al B. bien sin que nada le faltara. Porque llegó un momento cuando yo recién me separé, yo trabajaba solamente en la feria, en los cachureos que le dicen, y a veces nos íbamos con plata solamente para el pan. Entonces el entrar al colegio significó mayores recursos y de poder estar más tranquila” (Entrevista 4)

Así, el esfuerzo invertido en el trabajo es un valor, incluso podríamos decir un recurso. Sin embargo, así como el trabajo es un elemento importante, las complicaciones económicas toman también un papel relevante y vienen asociadas a sentimientos de mucha angustia marcando momentos importantes en la vida de las entrevistadas, ya sea porque han pasado muy malos momentos asociados a las dificultades económicas o porque éstas han impactado en sus relaciones familiares, dado el tiempo invertido en el trabajo. Esto se refleja en las siguientes citas.

“Entonces el verme en algún momento complicada hasta pa` ir para cargar la bip si me ha hecho sentirme horrible, horrible. De repente no tener las lucas pa` comprarles un par zapatos a los niños es bien trágico y no soy una mujer, agradezco que no soy una mujer ropera ni buena pa` comprarme cosas porque yo creo que ahí habría sido más difícil todavía y tampoco soy una persona que la plata sea muy importante en mi vida. Siento que este año me paso eso que es como importante tener el control de que las lucas no me falten y eso me produce angustia, me produce rabia” (Entrevista 1)

“Si, son como hartas cosas. Igual es bueno escuchar a los hijos después de, porque son el peor cuchillo que uno tiene, piensa que uno, claro, saliste a trabajar, o conocer, como él me dice, claro dejaste de hacer cosas y yo me quedé solo, pero él no ve nada de, claro, en ese minuto ellos no entienden que uno tenía la necesidad de trabajar para poder mantenerlos” (Entrevista 3)

Se observa que el trabajo, el sueldo y el tiempo dedicado tienen efectos emocionales e interpersonales en la vida. La cita que viene a continuación rescata una

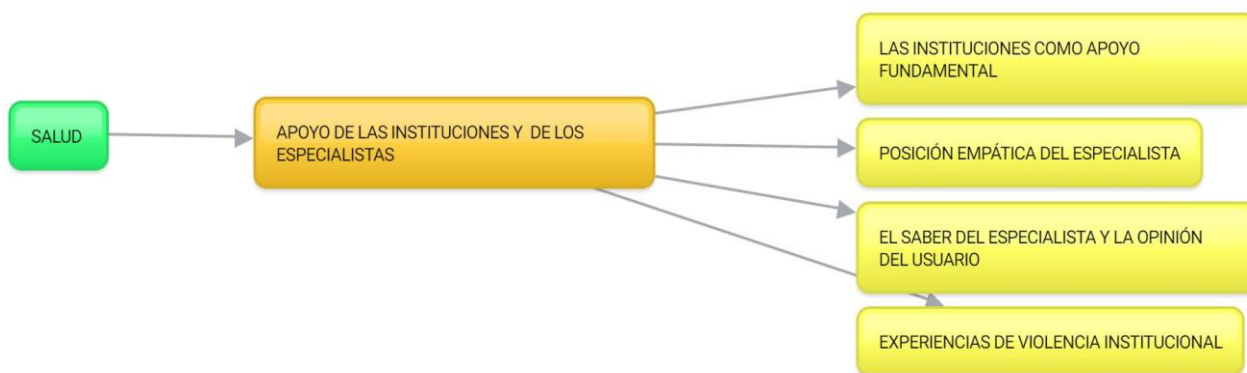
idea nueva donde señala que la capacidad de trabajar es valorada por los otros como una señal de estar bien, de sentirse bien. Cuando la entrevistada estaba cursando un momento de dificultad en su vida, el trabajo adquirió aún más relevancia.

“Hace hartos años atrás, cuando llegué al psicólogo acá de nuevo, no sé, a ver, yo creo que fue en el tiempo de cuando el N. empezó a delinquir... sí, de la adolescencia de él, tenía él doce años cuando empezó todo esto. Entonces sumar a la adolescencia que es difícil, eh... yo ahí tuve como un bajón, que estuve varios meses sin trabajar. Me molestaban en la casa porque me decían, ya, te encontramos una pega y yo como que... no sé... era como que me castigaban porque yo quería ir a trabajar. O sea porque tenía que ir a trabajar. Claro, tenía que mantener a mi hijo y me tenía que mantener yo, nadie me iba a mantener”
(Entrevista 3)

Es así como el trabajo aparece como un emergente en relación directa con la experiencia de salud, dado que se relaciona con los estados emocionales, la estabilidad familiar y con la idea de ser capaz de seguir.

8.3.- Apoyo de las instituciones y de los especialistas

Las experiencias en salud mental de todas las usuarias entrevistadas incluyen referencias a las instituciones especializadas en salud, como pueden ser el hospital, el consultorio y particularmente el COSAM. Se refieren también a los profesionales especialistas en salud, respecto de la posición que estos ocupan y deberían sostener en la relación que establecen con los usuarios y usuarias. Relacionado con esto, las entrevistadas tienen también una opinión respecto a la intervención o tratamiento que se ha establecido desde estas instituciones frente a su situación, apareciendo respecto de ellas unas valoraciones tanto positivas como negativas (FIGURA 4).



created with www.bubbl.us

Figura 4

8.3a.- Las instituciones como apoyo fundamental

Dentro de las experiencias sobre salud y salud mental se encuentran contenidos como la visión que tienen las entrevistadas respecto a las instituciones especializadas en salud y los significados que éstas han adquirido en sus vidas por motivo de la intervención que realizaron. Primero, respecto al primer acercamiento a la institución aparecen conceptos como búsqueda de apoyo o ayuda del profesional, como algo que debería ser menos extraño de lo que a otras personas les parece.

“Te estigmatizan de que si vas al psiquiatra es porque estás loco. No ven que si voy al psiquiatra es porque necesito ayuda” (Entrevista 4)

Entonces la motivación por buscar apoyo es un emergente. En este sentido se distingue en las entrevistadas que la institución COSAM de Conchalí es calificada en forma positiva como algo que funciona y que es útil pues permite ese apoyo o ayuda que se va a buscar dando lugar al cambio, incluso a pesar de haber escuchado antes otras opiniones que tienen una experiencia o predisposición negativa sobre el mismo espacio.

“Yo también he escuchado a la gente decir mira esa cuestión del COSAM, yo lleve a mi hija y no me sirvió de nah, no sé, no sé en qué ira eso, es lo mismo que te decía. Yo encuentro que es súper bueno” (Entrevista 2)

“Hay una abuelita que, me dice que ir donde los loqueros no sirve de nada, la cabra chica sigue igual de pesá y loca. No sirve de nada. Pero resulta que ella

cree que no funciona pero a lo mejor la niña ha tenido cambios y ella no lo ha visto. Pero si he escuchado a algunos. Son bien viejitas y no alcanzan a percibir los cambios de los niños. Que a veces son cambios muy minúsculos” (Entrevista 4)

La institución estaría lejos de pasar como algo incidental en la vida de las personas, muy por el contrario, surge una valoración del COSAM y otras instituciones como un apoyo fundamental para la vida, que parece dejar tras su paso una marca o recuerdo importante en la vida del usuario.

“Los profesionales que atienden al B. Esos han sido pero apoyo fundamental para mí, para lograr todo lo que he logrado con B. Tanto ustedes como los profesionales que atienden al B. en el hospital” (Entrevista 4)

“Yo de hecho tengo todas mis carpetas guardadas como un tesoro para mí. Todo lo que me entregaron aquí, diplomas también, todo, todo, todo, todo, tengo lo de mi marido porque él no se lo llevó, todo lo tengo guardado, las tarjetas, de... que entregan aquí para pedir las horas, tengo todo guardado, todo, todo, todo, todo”. (Entrevista 3)

Como matiz dentro de esta experiencia positiva, en las entrevistas aparecen como un problema las largas esperas para conseguir turno u hora de atención en las instituciones de salud, lo que si bien aparece en todos los casos como algo negativo, parece ir acompañado de una resignación a que la situación sea así.

“A ver yo no he tenido malas experiencias exceptuando un par de ocasiones a lo mejor en una urgencia de algún hospital (...) o sea el estrés que hay dentro de una sala de urgencia podría ser lo único que a mí no me gusta del tema de la salud, el tema de esperar mucho. Pero yo soy como súper consciente y yo sé que si voy al consultorio voy a tener que esperar y espero no más. Si tú vas a un lugar particular y tienes que pagar, igual tienes que esperar” (Entrevista 1)

Entonces una de las malas experiencias tiene que ver con las largas esperas para recibir atención, lo que en el caso de COSAM parece no interferir en la valoración positiva

que se tiene. Un emergente particularmente llamativo en todas las entrevistas tiene que ver con la atribución de esta experiencia de apoyo y valoración positiva del COSAM y otras instituciones, a la percepción individual de “tener suerte”, tener “buena suerte” o tener “muchoa suerte”.

“He tenido mucha suerte, no sé en realidad yo cuando dicen no que el consultorio es una mugre, que esto aquí, la verdad es que yo no podría decir eso porque yo hace poco me inscribí en el consultorio (...) ahora como vivo acá me vine el año pasado y la verdad es que yo tengo suerte, no sé si buena suerte, es súper bueno”
(Entrevista 2)

“Sí, he recibido harta ayuda, he tenido harta suerte. Solo esa vez que comentaba la otra vez de la psicóloga que me tocaba que yo encontraba que ella... claro, que ella no me pescaba pero al final entendí que ella trabajaba así y me ayudó mucho. El único pero era que con el... que tenía cada cierto tiempo que contar la historia de nuevo porque me cambiaban la psicóloga, entonces uno va haciendo igual... como que cuesta igual volver a tocar heridas que uno piensa que va sanando”
(Entrevista 3).

En el último caso, aparece además como un problema importante la frecuente rotación del personal que hay en centros como COSAM, lo que muchas veces se traduce en que puede cambiarse al profesional tratante de una persona, familia o grupo. Esta experiencia parece ser vivida por la usuaria como algo que puede afectar el proceso, lo que también se recogió de las conversaciones espontáneas entre las usuarias durante los talleres, en la observación participante.

Este contenido de tener suerte en la experiencia con la institución aparece luego asociado a la relación que se establece entre la usuaria y el especialista en salud que la atiende. Esta relación, para ser calificada como una suerte, reúne ciertas características como seguridad, cercanía y compatibilidad entre ambos.

“Yo creo que tuve la suerte, a mí me atendió mucho tiempo L. en un periodo malo y me sentí súper segura con él, de hecho, yo todavía tengo como esa cercanía con él y si lo veo un abrazo y él lo mismo” (Entrevista 1)

“No, y que uno tenga la compatibilidad con el psicólogo, de repente no. A mí me tocó dos veces un psiquiatra que era súper bueno, uy, me hacía reír y todo, era excelente, el psiquiatra que me tocó después era el terror acá. Entonces lo pasaba mal cuando me tocaba psiquiatra. Era no... mal, nunca compatibilizamos, yo creo que era mutuo, no había caso, porque al final terminaba peleando. Después no vine más (...). Dejé de venir por eso. Que tomar los medicamentos... me alejé. Fue como el episodio malo, y triste lo de los cambios de las psicólogas, pero como te digo tuve suerte porque me tocaron psicólogos y psicólogas que me ayudaron po, que fuimos compatibles, que podemos llegar a un acuerdo” (Entrevista 3)

Entonces el encuentro con el especialista y la institución es una suerte cuando ocurre una compatibilidad en la relación entre el usuario y quien lo atiende, pareciendo que esto es clave incluso para aportar en la mantención o el abandono del proceso terapéutico.

De esta manera, se encuentra una experiencia mayormente positiva de estas usuarias en las instituciones de salud, quienes la califican como un apoyo fundamental en su vida, pero sin dejar de notar problemas como son los tiempos de espera y la rotación de profesionales. Esta experiencia aparece vinculada a la idea de “tener suerte” en el encuentro con cierto especialista, estableciendo una relación cercana y de compatibilidad, junto con “tener suerte” en la respuesta entregada por la institución. Los últimos dos ejemplos de citas además dan pie para otro grupo de contenidos que, dentro del mundo de las instituciones, tienen que ver ahora con la relación entre el profesional que trabaja y el usuario que solicita atención.

8.3b.- Posición empática del especialista

Una amplia cantidad de contenidos en las entrevistas (y también en la observación) se refiere a la importancia de establecer un tipo de relación entre el usuario y el especialista que se base en la empatía y el reconocimiento por parte del profesional hacia la persona que atiende.

“Deberían ser más empáticos. Más empáticos con los pacientes. Acá hay algunos que son profesionales que como que... les pagan por atenderte y ahí tení, te

anotan y no te revisan ni una uña. Así como hay otros profesionales que te preguntan cómo estas, cómo te has sentido, cómo están tu hijos, ¿cómo estuviste esta semana, se te cayó el pelo de nuevo? ¿Tuviste heridas en la boca de nuevo? Y me revisan del dedo gordo hasta el pelo” (Entrevista 4)

“Entonces como sentirse escuchada, sentirse entendida como en una posición empática pero tampoco el que la hagan sentir víctima. Como que tenga la capacidad de escucharme y a lo mejor encontrarme la razón en varias cosas, pero también eh... el decirme sabí que aquí a lo mejor sale otra vuelta a este tema (...) entonces a lo mejor mostrarle los diferentes planos de la situación o las diferentes salidas que uno puede tener o los diferentes caminos que uno puede tomar, al final es uno el que tiene que decidir, si al final no sacamos nada con venir al psicólogo si no vamos a tomar decisiones” (Entrevista 1)

Así, la posición empática del especialista aparece en todas las entrevistas como un contenido emergente. Otros contenidos que se agregan asociados a éste son la necesidad de escuchar al usuario, la confianza, la ayuda y la comprensión por parte del tratante.

“Yo nunca he tenido como ese problema así de que no empaticemos, encuentro que... no sé qué puede ser, como, porque yo los encuentro como todos amorosos, como que tienen vocación para ayudar, como que lo primordial para uno cuando está mal es que la escuchen, es sentirse escuchada, que pueda como entender eh... la parte que no puede entender una amiga” (Entrevista 3)

“Yo creo que debería haber confianza, porque hay psicólogos con los que uno no tiene la confianza no más, la confianza, la empatía, a lo mejor el hacerte sentir escuchado y comprendido por otra persona. Pero no tampoco sentirse víctima, es como eso porque al final también uno tiende a hacerse muy la víctima de las cosas, entonces es complicado” (Entrevista 1)

La mención de la última cita respecto a no sentirse víctima parece mostrar que a partir de la compatibilidad generada por la posición de empatía del profesional, se hace

posible aceptar una intervención que vaya revelando cómo el sujeto puede participar también en lo que le ocurre, responsabilizándose de manera activa en su tratamiento.

Sin embargo, como se observa en otras citas, las características como la confianza y la escucha se destacan por su recurrente ausencia en las instituciones, siendo frecuente el encontrarse con situaciones donde en lugar de la empatía el usuario se encuentra con “indolencia”. Se reconoce además que en estas instituciones hay escaso tiempo para el reconocimiento del usuario y sus dudas.

“Yo a mi mamá la tuve hospitalizada el año pasado y la indiferencia o sea gente que se está muriendo en urgencias, yo entré y eso que gracias a Dios mi mamá no se sentía tan mal pero yo entré y había gente muriéndose y encontré que era algo tan indolente del personal pero tan indolente que te daban ganas de ponerte a llorar” (Entrevista 2)

“Yo no le echo la culpa a los profesionales porque los profesionales están haciendo su pega, pero en atención hay algunas personas que tienen vocación de servicio, y que no tienen vocación de servicio. Y hay personas que no sé si no empatizan con las personas que están tratando, o no quieren hacerlo, o lo hacen porque es su pega no más, y porque, por ser cualquier otra pega lo harían igual, pero no empatizando con las personas. Empleados de la salud que no ven que están tratando no con una persona de igual a igual porque la otra persona está enferma, y que a lo mejor tiene muchas más dificultades que ella, y no logran empatizar y entenderla, de que por decirte, no sé po, se le quedó un papel, o no supo dónde ir, o le preguntó tres veces la misma cosa, a lo mejor no está pensando que a lo mejor esa persona tiene problemas de salud y que por eso se le olvidan las cosas” (Entrevista 4)

“Bueno en el consultorio cuando uno va al doctor, lo mismo, ojalá que uno fuera acogida por el doctor, que entienda que la dolencia que uno trae o la preocupación por el dolor, o lo que se puede imaginar que puede pasar, bueno, no siempre están porque también los doctores atienden muy rápido en los consultorios, no es como cuando uno va a una consulta particular, que ahí está toda la atención, que si uno se puede demorar una hora, una hora y media, y va a ser bien atendido,

bien recibido, va a quedar claro todo lo que uno va a preguntar, lo dejan súper claro a uno. En el consultorio no pasa eso porque todo es rápido. Las respuestas son rápidas” (Entrevista 3)

Aparece así junto al contenido de la empatía, la idea de la acogida del especialista. En el caso particular de las instituciones locales de salud como COSAM de Conchalí, si bien se critica la falta de tiempo para ser atendido, se reconoce que se ha avanzado hacia una dirección como la que plantea esta relación.

“Yo encuentro que el consultorio de antes a ahora ha tenido un avance, la gente está más humana, el trato mucho mejor, hay como más actividades, más cosas, más preocupación por el paciente, y acá en el COSAM nada que decir, yo de verdad que soy una agradecida. Uno siempre aprende algo, y una red de apoyo es súper importante para uno” (Entrevista 3).

Finalmente, esta relación de empatía no se caracteriza sólo en forma unilateral desde el experto, sino que requiere también una actitud de parte del usuario. Esta se basaría en el ser respetuoso, amable y también activo al buscar que el profesional entregue las respuestas requeridas.

“Yo creo que depende de cómo tu trates a la gente, la gente te va a tratar hay gente que dice no, me da rabia porque te dejan esperando que aquí, que allá que es malo, y yo tengo la costumbre de siempre permiso, por favor, gracias. Yo sé que no toda la gente lo hace y yo digo que cuesta de repente ser amable, fíjate que jamás me han tratado mal o me han dicho no señora, no puede. Porque si uno va y dice disculpa te puedo hacer una pregunta, te dicen no es que lo tiene que hacer así y así. Nunca he escuchado, nunca he tenido una mala respuesta” (Entrevista 2)

“Yo los médicos que tengo, si ellos no me cuentan lo que yo tengo, yo les pregunto (...) y si no entiendo la respuesta le vuelvo a preguntar a la doctora que significa esto. O que significa este examen que salió así, y ella me explica y ah ya, entonces por eso que tengo esta consecuencia, y listo” (Entrevista 4)

Entonces se trata de una relación bidireccional, donde no deja de llamar la atención que en el encuentro con el especialista los emergentes que aparecen son valoraciones a su actitud empática, de confianza y compatibilidad, antes que surgir contenidos referidos a su saber, experticia o cantidad de conocimiento. La siguiente subcategoría analiza este último aspecto.

8.3c.- El saber del especialista y la opinión del usuario

Además de la posición empática, respecto a otros contenidos que se refieren a la visión y relación con el especialista en salud, aparece en algunas entrevistas la idea de una confianza en su saber, sus pautas y sus consejos. Esto se evidencia en que las usuarias refieren cambiar algunas conductas “erradas” puesto que quien lo prescribe es un profesional en el tema.

“Los consejos que a mí me da, para mí son ley. Para mí van a ser las pautas a seguir con lo que yo tenga que hacer con el niño (...). Porque si estoy hablando con un profesional, es porque ese profesional estudió eso y tiene que haberlo probado antes de que sí resultó y por algo me lo está diciendo poh. Que da resultado.” (Entrevista 4).

“Ella tomaba los problemas y daba consejos y me dijo “a ver esto es así, y así y así y asá” y yo estaba haciendo todo lo contrario y entonces me dijo no, así no (...). Siempre me dijo “no le puedes preguntar ¿te has cortado?” Y yo generalmente le preguntaba eso, o sea lo estaba haciendo erradamente” (Entrevista 2).

Lo que merece atención en estas dos citas es que las usuarias parecen hacer una atribución del saber a este especialista por el lugar que ocupa en la relación asimétrica (se trata de alguien que tiene estudios, tiene experiencia en este tema), más que por un proceso autónomo de intercambio de visiones (a tal punto que lo que prescribe el profesional, puede ser una ley para el usuario).

Ahora bien, también se encuentra que esta actitud de reverencia ante la palabra del especialista tiene importantes matices. Aún cuando el profesional es puesto en este lugar de saber y tiene una influencia en la conducta de las usuarias, la confianza en lo que dice el experto puede encontrar sus límites en la experiencia y opinión del usuario

respecto de la intervención que éste ha realizado en su caso. Esto lo refiere una entrevistada con respecto a la intervención del psiquiatra.

“O sea mañana, tarde y noche y yo era un ente, siento que no me sirvió porque yo lo único que hacía era dormir, porque no me podía el cuerpo, cuando estaba en pie o despierta, yo... eran crisis de llanto. Siento... me pasó que me cambiaron y me fueron metiendo medicamento, metiendo medicamento y no, no logre tener alguno que me sintiera que andaba bien (...). Siento que a lo mejor hay personas que le pueden funcionar súper bien los medicamentos y que a lo mejor su cuerpo es más resistente, pero en mi caso personal el tema de los medicamentos fue pésimo y yo no me daba cuenta y este año lo veo más, este año lo he visto más a lo mejor que como yo me siento, pero por cómo me veía la gente... empastillá. O sea, mi hermana se asustaba con mi cara, mi cara era otra, no sé, tenía los ojos hundidos, mi cara era otra cara” (Entrevista 1)

“Yo creo que ayuda a mucha gente, lo especialistas que hay son buenos, eh... si me molestó mucho cuando me derivaron al hospital. Ahora lo puedo entender, pero en ese momento para mí fue terrible. Eh... siento que quizás se podría... ver un tema con los psiquiatras y los medicamentos, a lo mejor abordar de otra manera el tema de los medicamentos de las personas” (Entrevista 1)

La experiencia en salud de las usuarias muestra entonces que pueden existir diferencias con respecto a aquello que fue indicado por el psiquiatra, o dicho de otra forma, la confianza en su intervención no es absoluta. Puede haber un análisis, en este caso posterior a la acción psiquiátrica, que critique un tipo de abordaje que provocó efectos no deseados, o que incluso en el largo plazo resultó en empeorar una situación de malestar. Esto último da paso a la siguiente subcategoría, donde las entrevistadas distinguen unas experiencias radicalmente negativas fruto de la intervención de la institución y del experto.

8.3d.- Experiencias de violencia institucional

Estas experiencias en salud parecen ocupar un lugar particular pues marcan a través de una valoración negativa el paso de las usuarias por las instituciones de salud. A pesar de tener una visión de éstas como un apoyo fundamental, y de existir confianza en

el saber del profesional de salud, emergen también contenidos que se pueden reunir como experiencias de una situación de violencia que es provocada en y por la misma institución de salud, o bien por la acción del especialista. En las siguientes tres citas una entrevistada se refiere a su experiencia ante una intervención psiquiátrica.

“Me derivaron a psiquiatra porque era, por el tema de que fuera depresión grave como que se escapaba de las manos de la atención de acá y me derivaron al psiquiátrico, fue lo peor nunca se me va a olvidar ese día, yo lloraba porque la doctora me decía “yo te voy a mandar de acá en una ambulancia” y me iban a dejar allá hospitalizada y pa mi... no tenía quien viniera a consolarme porque mis papás estaban trabajando, mi hermana trabajaba” (Entrevista 1)

En este caso se trató de la acción de un especialista en particular, que se transforma en una vivencia de miedo, desconsuelo y sobre todo, una reproducción de la falta de protección y cuidado. Ciertamente esto no se queda sólo de una acción particular y aislada, sino que se corresponde con un actuar más general a nivel institucional.

“Tenía miedo de ir al psiquiátrico, si tu preguntas pa mí fue una etapa re complicada (...) era el espacio, es muy fuerte estar ahí metida, súper fuerte (...) porque la mayoría de la gente que va al psiquiátrico está todo junto, entonces uno se topaba con gente esquizofrénica, con gente con depresión que estaba muy mal, yo creo que yo estaba igual, eh... entonces fuertes las imágenes. De hecho, yo nunca quise que ninguno de los niños me acompañara allá” (Entrevista 1)

“Recuerdo haber llegado dopá al psiquiátrico a la urgencia y que además iba con crisis de angustia, me inyectaban y la última vez estuve todo el día metida en el psiquiátrico y nadie supo nada mío, yo me levanté a trabajar, nunca más fui a trabajar, fui al psiquiátrico y me quede hasta las 9 de la noche, hasta las 9 me quedé. Y estuve como tres días borrá, no supe (...) me inyectaron a la vena, me botaron, así de potente, 3 días que yo no me acuerdo, no me acuerdo” (Entrevista 1)

Esta usuaria habla críticamente respecto de un procedimiento en el cual el cuidado por parte de la institución es al menos difícil de vislumbrar.

Se observa además que estas experiencias de violencia institucional relacionadas con salud no se limitan solo al ámbito de la intervención psiquiátrica, sino que se manifiestan también en una serie de otras instituciones más cotidianas como en el caso de los colegios, donde el saber de las ciencias especializadas ha ingresado a través de prácticas como la exigencia y circulación de informes emitidos por profesionales de la salud mental.

“Me exige informes médicos. Me dicen, para que vuelva a clases necesitamos informes médicos de la neuróloga que lo está atendiendo, que especifique cómo tratarlo, cosa que la neuróloga nunca lo hizo porque me dijo que ella no, ella medicaba solamente, ella no podía dar pautas, eso lo tenían que hacer los psicólogos o la psiquiatra” (Entrevista 4)

“Si te digo saqué unas diez copias del informe que me dio la neuróloga fue poco, y le pasé a todo el mundo, todo. Desde el inspector, el director, a la jefa de UTP, a todos les pasé el papelito diciendo que él tenía que tener un trato diferenciado, y que tomaba tal y tal remedio, a tal y tal hora, y que se le acortaba la jornada por un mes. Y así, entró (...) porque supuestamente después de eso, la profesora había puesto una denuncia en carabineros y que los profesores estaban apoyando a la profesora, y que todos los profesores querían que el B. se fuera” (Entrevista 4)

En el caso de esta entrevista, el colegio del hijo de esta usuaria es el que exige cumplir con la necesidad de que un experto proveniente de la institución de salud otorgue su opinión antes de poder retomar las actividades normales de esta familia. Junto con ello, se menciona la presión por conocer tanto el nombre de lo que se supone es una enfermedad o trastorno, y la medicación que su asume corresponde al caso.

“A mí cuando B. le pegó a la profesora me pidieron papeles de la neuróloga, papeles de la psicóloga, papeles de esto otro, cuánto está medicado, cuándo de toma los remedios, a qué hora se toma los remedios. Yo les traje todo lo que pidieron, ahora les toca a ustedes” (Entrevista 4)

Entonces, las experiencias de salud no solamente incluyen la relación directa con instituciones de salud, sino que aparece la relación con otras instituciones como son las educativas como un área donde el saber del experto influye en la vida de las usuarias. Se encuentra que estas experiencias en las instituciones son calificadas como desfavorables, en tanto aparecen el descuido y la falta de apoyo como protagonistas. En este encuentro, las experiencias vividas como violencia institucional emergen tanto en acciones particulares representadas por la intervención de un especialista, como generales si se piensa en los protocolos que están instituidos.

8.4.- Otras alternativas de intervención

La última categoría emergente tiene que ver también con las instituciones y su intervención en salud, pero se separa de la categoría anterior en tanto se trata de contenidos que hablan de una forma de trabajo diferente, vivida por estas usuarias durante el trabajo grupal como otra posibilidad de intervención. Esta idea tiene que ver con abrir las posibilidades de tratamiento en las instituciones a la elección de una forma grupal, donde se considera una alternativa que tiene que estar.

“Que, aunque sean pocos también se hagan estos espacios de hacer estas cosas grupales. Aunque sean pocos, que también esté la alternativa. Para que esos usuarios tratados de forma personal, también tengan la opción de ser tratados como grupalmente. Que también ayuda harto en la mejora de los problemas que la persona traiga” (Entrevista 4)

Los contenidos respecto a esta categoría rodean dos temas, por una parte la generación de un espacio de confianza en el que se pueden comparar las vivencias de cada uno, y por otra, la posibilidad de construir una relación diferente donde todos participan, tanto el profesional como con los otros miembros del grupo (FIGURA 5).



Figura 5**8.4a.- Confianza para compartir vivencias**

Lo que se valora de la intervención grupal es el hecho de estar con más personas y encontrarse con la posibilidad de comparar y compartir los problemas, viendo que algunos son similares y otros son vistos como más graves que los propios. Además esto acarrea el escuchar abordajes diferentes ante estas dificultades.

“A ver yo lo encontré súper entretenido porque siempre es bueno eh... estar con más personas y a lo mejor ver lo que van viviendo las otras personas y darse cuenta de que la mayoría tenemos los mismos problemas a lo mejor en dimensiones diferentes y... que siempre es bueno escucharla, escuchar y sentirse escuchado, compartir vivencias, ha sido un cambio en la semana, el venir y a lo mejor conversar y llegar a temas puntuales a mí me gusto (...). El hecho de darse un tiempo para uno y conversar cosas que a uno como mamá o como papá de repente nos tiene afligidos y ver que todos pasamos lo mismo, eh... da un descanso po y ayuda también” (Entrevista 1)

La idea de compartir en grupo estaría posibilitada por la generación de un vínculo de confianza entre las usuarias.

“Si yo encontré que había mucha confianza, bueno tu sabes que estas cosas o sea a nosotros nos dijeron que lo que se habla aquí no sale y es la idea, pero yo vi mucha emoción, muchas cosas que se echaron hacia afuera, o sea yo ahí entendí que mi problema de repente no era nada comparado con otros problemas que tenía la gente, o sea cosas como súper fuertes, emocionalmente encontré que la gente echó todo afuera, como de mucha confían... un instante de mucha confianza y de mucha confianza a tal punto que yo nunca me había visto con esa gente” (Entrevista 2)

La confianza y el vínculo con otros en un grupo pueden además abrir la posibilidad para establecer relaciones significativas que se mantengan en el tiempo.

“El único taller que he tenido en mi vida ha sido aquí en el COSAM, que fue cuando ayudé a mi marido a salir de la, de la... adicciones. Entonces acá tuve una amiga que hasta el día de hoy la tengo, que fue la amiga que tenía en el taller. Que ella es mucho mayor también que yo, y todavía tenemos contacto, nos hablamos, ahora hace mucho tiempo que no la veo, hace como un año, pero siempre hay contacto, por teléfono, por el facebook, ahí sabemos una de la otra” (Entrevista 3)

“Encontré que entre nosotros que estábamos pidiendo una ayuda, también hubo confianza, o sea yo por ejemplo de repente me iba caminando con una mamá y oye que vamos a traer para el otro taller, o sea es una instancia con gente que recién uno viene conociendo, se hicieron instancias donde ya nos estábamos organizando en traer galletitas, eh... traerle algo rico a los chiquillos, no sé encuentro que algo paso ahí (Entrevista 2)”

Existen además propuestas como la de una entrevistada respecto a la posibilidad de que haya un grupo permanente en COSAM, que ya no se trate de un tratamiento especializado sino un espacio de apoyo en una relación de igual a igual, basada en la participación.

“Debería ser como continuo, un taller que siempre fuera agregando gente que va saliendo de los otros talleres a lo mejor, pero que no sea como obligatorio, depende de las necesidades que tenga la persona (...). Claro, no como un tratamiento, como que la necesidad de que tenga la persona de que cuando vuelva a caer, no sé po, que tenga aquí como un apoyo para sostenerse de nuevo, como que le vuelvan como a revivir, eso. Eso sería como súper bueno” (Entrevista 3)

“Cuando tengo esos bajones, sé que me tengo que parar, que ya me doy como la licencia de estar a lo mejor, dos, tres días mal, porque tengo que botar ese estrés, tengo que botar la pena, no sé llorando, amargada, como que me doy ese tiempo, pero hay personas que no tienen ese pensamiento y pueden pasar meses pueden pasar semanas y se olvidan de los hijos, se olvidan de que tienen que seguir funcionando, entonces estos talleres sirven como para que estén ahí po, presente, alerta, como claro, como participando” (Entrevista 3)

Esta última idea de sostener el grupo como un espacio de apoyo permanente da paso a la siguiente subcategoría respecto de una relación diferente entre el profesional y el usuario, y también entre los mismos usuarios.

8.4b.- Una relación diferente

Se observa que lo que valoran las entrevistadas de la instancia en grupo es la creación de una relación diferente en al menos dos sentidos. El primero tiene que ver con la relación con el especialista, la que en un contexto más lúdico se transforma en un vínculo de igual a igual que se abre hacia el debate y la creatividad.

“El hecho de trabajar para crear algo crea una relación diferente que cuando uno está frente al psicólogo, que de lo que se habla son de problemas todo el rato y recibir como un tipo de tips, entonces el hecho de crear y entrar como en debate de ciertos temas lo encontré buenísimo” (Entrevista 1)

“Como de igual a igual. No se ve tanto como más arriba como profesional sino que se ve más de igual a igual” (Entrevista 4).

“Lo grupal es más lúdico y vemos más cosas de ti o del otro que me sirven a mí, para la vida diaria también poh (...). Allá es más serio, más de carácter formal y de que las cosas son en serio. Y acá es como más lúdico y que si hay que matarse de la risa con otro, nos matamos de la risa igual no más” (Entrevista 4).

En el segundo sentido, se trata de una relación en la que todos participan y disfrutan en forma integrada.

“Fíjate que me gusto porque encontré que habían unas señoras mayores que también estaban como súper integradas, yo creo que por lo que yo vi, me dio la idea de que como que todos disfrutaron, las señoras mayores no tengo idea en que talleres están ellas ni nada pero me di cuenta que como que todo el mundo participando así como súper contento, como que quisieron estar presentes no porque los obligaron, porque aquí nadie se obliga, como que quisieron estar presentes ese día porque les gusto lo que hicieron” (Entrevista 2).

Finalmente, tanto de la posibilidad de la confianza como de la relación diferente surge la posibilidad de que más gente se acerque a buscar apoyo en la institución COSAM, pero más aún, que la institución se acerque a la comunidad de la que forma parte.

“Que llegue más gente. Más gente a buscar ayuda aquí. Gente que quizás está encerrada en sus casas, y que tienen miedo de salir y que a lo mejor por el comentario de la vecina que vino, eeh, se va a atrever a salir y a venir a pedir ayuda. Eso, porque el de boca en boca es más, diría yo, que entregar un volante o que un profesional te derive para acá” (Entrevista 4).

Se abre así la posibilidad de que la institución tenga incidencia dentro de la comunidad respecto de la situación de falta de confianza, estigmatización y la falta de apoyo y cuidado en las redes cotidianas.

IX. Discusión

Retomando ahora la pregunta de investigación acerca de cuáles son las experiencias con respecto a salud/salud mental de las usuarias del COSAM de Conchalí, podemos rescatar de los resultados tres puntos principales. Primero, la importancia que adquiere en salud el contexto cotidiano social y relacional. Segundo, el lugar central que toman las instituciones de salud cuando, como hoy en día, las redes de apoyo entre las personas se ven reducidas, así como el tipo de relaciones que se establece en estas instituciones, en especial entre los especialistas y los usuarios. Y tercero, la experiencia singular de salud y enfermedad vivida en los tres momentos de bienestar, estar mal y recuperación. A continuación cada uno de estos puntos se pondrá de discusión con el marco teórico proponiendo articular estas experiencias con el concepto de salud vulgar y salud colectiva. Al finalizar, se expondrán algunas implicancias que el modelo económico neoliberal tiene para estas consideraciones en las políticas de salud pública.

Sobre el primer punto que resaltamos, los resultados muestran elementos que no son directamente sobre salud (se habla de la población, del colegio, del trabajo y otros espacios de las relaciones sociales), pero que surgen vinculados a las experiencias en salud en el análisis. Estos espacios deben ser vistos como medios en los cuales la persona desarrolla su vida cotidiana y que por lo tanto pueden facilitar u obstaculizar el tránsito por los distintos momentos de bienestar - estar mal - recuperación. En los resultados, aquello del medio social que se puede distinguir como obstaculizador es el escaso apoyo por parte de las redes vecinales y la experiencia de vivir en la privacidad de la casa (encierro en el metro cuadrado). A partir de conflictos como la delincuencia y la presencia de tráfico de drogas, se limita el uso de los espacios comunes y las relaciones que en ellos se puede establecer.

El hecho de considerar estos resultados en una exposición sobre salud nos hace retomar lo que Canguilhem (1976) señala sobre el término normal, el cual no tendría un sentido absoluto o esencial toda vez que ni el organismo y ni su medio pueden ser calificados como “normales” o “anormales” si se les considera separadamente, sino que sólo en su relación. En consecuencia, la anomalía, dice el autor, sólo deviene patológica cuando se pone al viviente en relación con el medio, en tanto se produce una restricción de sus posibilidades de instituir un nuevo modo de vida. Podríamos decir que en los relatos de las usuarias, en la relación con su contexto existen muchas más restricciones

que facilitadores para enfrentar las dificultades propias de la vida, ocurriendo incluso que el mismo medio se convierte en un generador de malestar. No deja de llamar la atención que la posibilidad de cambiar las condiciones de su contexto no aparece dentro de las opciones para estas usuarias, antes bien aparece la “elección” de una reclusión en la seguridad del ámbito privado, seguridad que por lo demás aparece como inestable (dado que emergen allí nuevas condiciones para el estar mal). Por supuesto, podemos señalar que esta elección no es tal, en la medida en que se puede plantear como una salida restrictiva que además limita las posibilidades de enfrentar dificultades a futuro.

Vemos que si este fenómeno fuera analizado desde un modelo centrado en los trastornos psiquiátricos, quedaría fuera una visión de las problemáticas de salud/salud mental que llevan al padecimiento subjetivo de una comunidad en su conjunto y que no están relacionados necesariamente con diagnósticos psicopatológicos individuales, como es el caso de la desarticulación de la organización colectiva y el espacio público restringido visto como peligroso (Bang, 2014). Así para Canguilhem “el problema de lo patológico en el hombre no puede quedar estrictamente en lo biológico, puesto que la actividad humana, el trabajo y la cultura tienen por efecto inmediato alterar constantemente el medio de vida de los hombres” (1976, p. 192). En el análisis de las experiencias de salud, se trata entonces de reconocer en la relación con el medio aquellos factores que desde el mundo de lo cotidiano se configuran como parte de esa historia del sujeto. O también siguiendo a Canguilhem “no puede ignorarse la presencia, en la experiencia vivida del enfermo, de los efectos de la cultura y la historia” (2009b, p.435).

En esta misma línea y resaltando los factores culturales, destacamos el hecho de que la muestra fue constituida solamente por mujeres a pesar de no haber sido intencionada de esta manera, esto en los resultados se traduce en vivencias comunes que están cruzadas por el género y las condiciones que este impone hoy a las mujeres. Ciertamente este es un emergente que no estaba considerado en el marco teórico de la investigación pero que puede permitir preguntarse en otro eje sobre la relación del sujeto con su medio sin pretender homogeneizar las vivencias de todas las mujeres. Hay aquí autoras de otras tradiciones epistemológicas (Tubert, 2001) que han pensado cuestiones que abren campos para investigaciones como: las pocas posibilidades que tienen las mujeres de enunciar sus malestares en otros espacios que no sean las instituciones o

como la reducción al espacio familiar y de cuidado les permite detectar antes el surgimiento del malestar. Esto quizás ayudaría a pensar porqué son las mujeres las que más consultan y participan en las intervenciones de las instituciones de salud mental.

Adicionalmente resulta curioso que a pesar de que las usuarias distinguen claramente los problemas de su contexto social, incluso señalando que por esto son estigmatizadas, no es una demanda que se espera resolver ni hacer considerar en una institución de salud. En cambio, el malestar es puesto en términos individuales y la búsqueda de apoyo es llevada de esa forma a las instituciones. Esto se puede relacionar con el concepto planteado por Castel (1981) como desafiliación, donde ciertas poblaciones marginadas reciben mayor influencia del llamado neo individualismo que hace más difícil plantear demandas en términos colectivos. Más aún, podemos agregar, si la institución no da las facilidades para que eso ocurra.

Entonces, la restricción del espacio público y la dificultad para establecer relaciones sociales de apoyo se puede constatar en la voz de las usuarias al referirse a la poca seguridad, el escaso tiempo y poco involucramiento entre los vecinos. Esto restringe la posibilidad de participar en una vida colectiva en su barrio. En consecuencia, la comunidad no surge como una alternativa de apoyo frente a las dificultades de salud, sino que antes aparecen las instituciones de salud y las estrategias particulares de cada una.

Detengámonos a plantear algunas propuestas que intenten comprender qué condiciones son las que se han dado para mantener este fenómeno. Comenzando por identificar que esto es aún más problemático si consideramos que los programas sociales en la actualidad incluyen sólo en la retórica la idea de la construcción de ciudadanía plena, la participación comunitaria y el empoderamiento social. En la práctica, en estas instituciones subyace la idea de ciudadanía asistida, es decir, que los pobres deben ser asistidos en su desarrollo. Un factor a considerar es entonces que el asistencialismo por parte del Estado se cruza con pautas clientelares que crean escenarios cada vez más desarticulados para la participación social, al punto que el ciudadano aparece más como un consumidor que como un sujeto de derechos (Comes y Stolkiner, 2005).

Además se ha denunciado que a pesar de que las estrategias en salud sean difundidas dentro de una retórica democratizadora, en su implementación el nuevo concepto de promoción de la salud vino a justificar una lógica neoliberal, con el pretexto

de que cada individuo, y no el Estado, debe ocuparse de su propia salud (Bang, 2014). Así también desde Rose (2007), mostramos que la comunidad se ha vuelto un territorio y medio de gobierno, en la medida en que se crean nuevos lenguajes que moldean las estrategias y programas que se dirigen hacia problemas en las dinámicas de la comunidad. Las lógicas colectivas de la comunidad son tomadas para articularlas con una política neoliberal que promueve ideas como la elección, responsabilidad personal, control sobre el propio destino (Rose, 2007).

En este caso, las usuarias se presentan como pacientes del centro de salud esperando ser asistidas en su malestar por el experto en psicología (mandatadas muchas veces por un tercero, ya sea desde el trabajo o la escuela de los hijos).

A partir de la lectura de estas experiencias de desarticulación de los lazos sociales, la pregunta que surge a continuación va enfocada en el modo de trabajo con estas problemáticas. Para hacer una propuesta, se sigue a Bang (2014) cuando advierte que se requiere un cambio epistemológico que excede el abordaje puramente individual:

Esta apertura epistemológica nos permite pensar que la estrategia de promoción en salud mental comunitaria debería orientarse a la generación de procesos participativos que pongan en juego la creatividad desde lo colectivo, multiplicando las redes de contención comunitaria (...) para la transformación hacia una comunidad más inclusiva; ya que, para que personas con padecimientos mentales puedan ser asistidas en su comunidad, ésta también debe estar preparada. (p.112)

Esta idea sobre una nueva estrategia de intervención orientada hacia la participación y la creatividad, da paso al segundo grupo de resultados que cabe resaltar, el cual tiene que ver con el lugar que otorgan en su experiencia las usuarias a las instituciones de salud y su intervención.

Se encuentra en los resultados que el paso por la institución no ocupa un lugar incidental en la vida de las personas sino que muy por el contrario, aparece como un apoyo fundamental para la vida. Observamos así que la búsqueda de apoyo proveniente de un experto supera la creencia de que el psiquiatra es sólo para los locos, para destacar en cambio la necesidad de ser ayudado frente a la imposibilidad de sortear una situación de malestar.

Vimos así que la institución COSAM de Conchalí es calificada en forma muy positiva como algo útil y que constituye un apoyo para las usuarias, atribuyendo esta valoración positiva a una percepción de “tener buena suerte” en el encuentro con la institución y el especialista. Este emergente resulta particularmente esclarecedor en la medida en que aquello que se denomina una suerte se refiere en todos los casos a la experiencia de una relación determinada con el especialista. Esta relación a la que se refieren las entrevistadas incluye ideas como seguridad, acogida, confianza, cercanía, reconocimiento, comprensión y compatibilidad. Estas se agruparon bajo la idea emergente de una posición empática del especialista. Se encuentra que la empatía en el encuentro con la institución es puesta en contraposición con la indolencia, entendida como aquello que surge en un contexto de estrés y escaso tiempo, donde la voz y el malestar del usuario no encuentran reconocimiento. Sobre sus experiencias negativas se notan problemas como los largos tiempos de espera para ser atendidas y la frecuente rotación de profesionales que interrumpe los procesos terapéuticos.

Cuando el encuentro con el especialista es una suerte, este también tiene un estilo activo y aporta aquello que la usuaria no ha visto o no ha pensado. Además esta relación de empatía no es vista en forma unilateral, sino que requiere también una actitud respetuosa, amable y activa por parte del usuario. Se trata entonces de una relación bidireccional.

Proponemos como análisis que la compatibilidad generada por la posición empática del especialista funciona como condición para al menos dos efectos en el usuario. Uno es la mantención o adherencia en el tratamiento (versus abandonar el proceso) que se hace más probable. El otro es la posibilidad de aceptar una intervención que vaya revelando cómo el usuario puede participar también en lo que le ocurre, responsabilizándose de manera activa en su tratamiento. Afirmamos ahora que a la base de este acto de reconocimiento está la idea de que en el usuario hay un sujeto (y no un objeto) del tratamiento.

En los resultados, aparece presente la idea de una fuerte confianza en la palabra del experto, en su saber, en las pautas y los consejos que emite, teniendo a la base el mayor conocimiento que tiene éste en la relación asimétrica. Esta experiencia coexiste con la propia opinión del usuario respecto de la intervención que se realiza en su caso.

Vemos entonces que pueden existir diferencias entre la opinión del usuario y ante lo indicado por el psiquiatra, o dicho de otra forma, la confianza en su intervención no es absoluta. Se reconocen así experiencias que provocan efectos no deseados o que en el largo plazo resultan en empeorar una situación de malestar, como es el caso de las experiencias de violencia institucional que están rodeadas por una vivencia del miedo, desconsuelo y por la reproducción de la falta de protección y cuidado. En el caso de las experiencias vividas como violencia institucional, estas emergen representadas por acciones particulares como la intervención de un especialista, así también en términos más generales si se piensa en los protocolos que están instituidos dentro y entre las instituciones. En pocas palabras, encontramos en las entrevistas la emergencia de opiniones activas respecto de algunos procedimientos, es decir, no se encuentra una ingenuidad ni una pasividad absolutas por parte del usuario ante el saber del experto.

Los resultados anteriores se pueden leer en la clave de la tensión entre prácticas objetivadoras y subjetivadoras en salud. Desde el movimiento de salud colectiva se advierte sobre la posibilidad de dismantelar los hospitales psiquiátricos, sin que por ello se toquen los fundamentos objetivantes del modelo asilar (Stolkiner y Ardila, 2012). Estas instituciones representan una relación de objetivación del enfermo, quien ocupa un lugar pasivo en la asistencia (todavía), mientras la articulación saber-poder del lado del psiquiatra legitima operaciones de segregación y custodia. En el mismo sentido, Galende (1990) se pregunta:

En la intervención comunitaria, dirigida a la institucionalización del enfermo, ¿se anula también el modelo asilar y la relación de poder que engendra? Pienso que la operación no está garantizada si, más allá del cierre o no de los hospitales psiquiátricos, no se construye una nueva relación terapéutica, que no sea objetivante y que pueda establecer una nueva articulación del saber-poder (p.225)

Este cambio hacia una nueva relación terapéutica, que en los resultados se denominó una posición empática del especialista, es propuesto de manera muy similar por el movimiento de salud colectiva cuando habla del cuidado como una posición en relación al otro, sustentada en su reconocimiento como semejante, donde las prácticas cuidadoras se refieren a un tipo de vínculo que se caracteriza por el buen trato, el miramiento y la empatía (Michalewicz, Pierri y Ardila-Gómez, 2014).

Ahora bien, con respecto a la posibilidad de una experiencia de violencia institucional que emerge como una subcategoría significativa, esta puede aparecer legitimada por el saber del especialista en salud, quien detenta una autoridad que traspasa las fronteras entre instituciones. Los resultados muestran que el saber de las ciencias especializadas ha ingresado en otras instituciones como por ejemplo la escuela, manifestándose a través de prácticas como la exigencia y circulación de informes emitidos por profesionales de la salud mental. Aparece en la relación con otras instituciones como las educativas un área donde el saber del experto sigue influyendo en la vida de las usuarias, ocurriendo que muchas veces estas experiencias son referidas como negativas para la persona, pero sólo con posterioridad a cuando ocurrieron.

Una condición de posibilidad para estas situaciones parece encontrarse en el proceso que Castel (1986) propone como una cultura psicológica, aludiendo a que han proliferado un sinnúmero de problemas que hoy son abordados en términos psicológicos. Con similitud, Rose (1996) ha denominado psicologización de los espacios a un proceso a través del cual la psicología ha llegado a impregnar o incluso dominar e implementar sus verdades en una serie de campos, problemas y prácticas que se volvieron psicológicas: fábricas, cárceles, tribunales, y podemos agregar escuelas.

Como parte de esta psicologización de los espacios, según García y Markez (2012), la ampliación del objeto de la atención en salud mental ocurrida con la Reforma Psiquiátrica ha resultado evidenciable en un doble fenómeno. Por un lado, hay muchas personas con problemas en salud mental que en lugar de consultar, se automedican. Por otro lado, hay personas con trastornos que pueden considerarse menores que demandan recibir tratamiento y atención. Unas y otras configuran lo que se ha llamado medicalización de la vida cotidiana. El comentario que realizan los autores es que la elevada demanda de atención en salud mental difícilmente podrá ser atendida en la pretensión de aliviar insatisfacciones que anteriormente cubría el entorno familiar y los vínculos sociales (García y Markez, 2012):

La posición del individuo respecto de su propia salud ha pasado desde un protagonismo activo en la búsqueda de la conservación de la salud evitando la enfermedad, hacia una demanda de protección prácticamente ilimitada, generada tanto por una conciencia de los derechos, como también por una progresiva vivencia de la indefensión ante la enfermedad, bajo la creencia social acerca de la ilimitada capacidad de la medicina para resolver cualquier problema (p.91).

Ante esta indefensión, el sujeto aparece demandando soluciones para un problema que sólo el experto está autorizado a resolver, reduciéndose el contexto, la historia y la singularidad del problema al mínimo. Lo que Galende (1990) llama una tecnificación creciente de la vida social se refiere a que se hace natural a los individuos procurarse de unas soluciones técnicas para todos los aspectos de la vida.

Podemos entonces proponer a continuación que la objetivación del enfermo es parte de un fenómeno más amplio como son los procesos de subjetivación. Como ya se ha mostrado, la tendencia actual a la objetivación está presente en las prácticas en salud mental marcadas por el biologicismo, las neurociencias, la psicofarmacología y la genética. Esta ideología objetivante reduciría los padecimientos subjetivos a disfunciones orgánicas individuales, descontextualizando y negando la historicidad de las narrativas singulares (Stolkiner, 2001).

A esto se suma que al mantener el criterio puramente biomédico, se da un salto desde la prevención de la enfermedad a la pretensión de la predicción, toda vez que se proponen umbrales diagnósticos más bajos para los desórdenes existentes y se agregan nuevos diagnósticos, colonizando así el sufrimiento y la falla social (Desviat y Moreno, 2012d). En efecto, los resultados muestran una experiencia en salud de las usuarias que supera por mucho lo que puede abarcar una categorización psicopatológica, pero que en las instituciones podría ser intervenida psiquiátricamente (de hecho, en muchos casos lo fue).

Proponemos en base a los resultados respecto de la relación de los usuarios con el saber del experto visto como “ley”, que esta proliferación de la psicología en otros espacios sociales tendría en su base la estrategia actual de construcción de nuevas subjetividades medicalizadas, que atribuyen a la psicología y la psiquiatría un valor de verdad (Caponi, 2016). A partir de la enunciación de los diagnósticos psiquiátricos parecen construirse nuevas identidades que se entrelazan con el reconocimiento del experto como autoridad que enuncia esa verdad. Así, esta estrategia actual de construcción de subjetividad conduce al sujeto a la renuncia de sí en la medida en que se reduce su subjetividad a una identidad patologizada definida por un diagnóstico. Sin embargo, debemos recalcar desde la experiencia de las usuarias que esta sumisión ante el saber del especialista no es absoluta sino que encuentra matices a partir de los cuales sigue siendo posible un trabajo de orden distinto.

De manera que la especialidad en salud mental enfrenta hoy el desafío de tener dos caminos posibles (Stolkiner y Ardila, 2012):

Reducirse a intermediaria entre la industria psicofarmacológica y los usuarios/población o recuperar su potencia en actos médicos en donde el vínculo intersubjetivo sea su herramienta fundamental, y en ello se fundamente la prescripción y la eficacia terapéutica del fármaco, concebido como parte de una estrategia ampliada de cuidado (p.24).

Respecto a esto que se plantea como dos caminos separados, discutimos que en los relatos de las usuarias estos dos caminos planteados no aparecen como excluyentes, sino que en cambio, ellas dan cuenta de haber sido tratadas de manera objetivante (entendida como la falta de reconocimiento de su condición de sujeto), pero también de intervenciones donde el vínculo con el especialista era empático y subjetivante, coexistiendo entonces dentro de la misma institución, ambas posibilidades. Esto es muy similar a lo planteado por Stolkiner y Ardila (2012) como la coexistencia en capas de distintos modelos en salud mental, donde aún el núcleo central corresponde al modelo tradicional objetivante con sus expresiones nuevas como la medicalización, siendo recubierto con prácticas que obedecen al nuevo modelo comunitario de salud mental.

Se puede afirmar ahora que instalar el Modelo Comunitario implica un esfuerzo y una claridad en las prácticas de los equipos de salud mental, para salir del modelo biomédico e instalar experiencias distintas que se constituyan como un trabajo permanente. En este sentido, según Stolkiner y Garbus (2009), en las elaboraciones sobre los procesos de reforma psiquiátrica han coexistido dos discursos. Uno es el tecnocrático, que propone una modernización de la asistencia en la que se reemplazan las internaciones hospitalarias por la reinserción en el grupo familiar, con un eje central del tratamiento en la psicofarmacología y la psicoeducación. El otro discurso tiene su eje central en la restitución de la condición de sujeto de derecho de los usuarios, donde los componentes técnicos van acompañados de un enfoque centrado en la persona y la ciudadanía plena, reconociendo que cualquier tipo de enfermedad es una forma de andar por el mundo que reclama aceptación en su diversidad (Stolkiner y Garbus, 2009). Por supuesto, toman posición por la segunda y nos parece que este segundo discurso dialoga con Canguilhem en la medida en que se reconoce que la salud y el medio tienen una relación inseparable y sólo en ella se puede establecer lo normal y lo patológico.

Podemos decir que muchas de las críticas de las usuarias, incluyen la demanda por ser reconocidas en su condición de sujetos. Entonces, si el sujeto de la psiquiatría fue construido por la medicina mental como un objeto de conocimiento positivo y se ocultó su dimensión de sujeto social y político, en las actuales políticas de salud mental se debe reestablecer ese sujeto sin objetivarlo, realizando su intervención en el mismo plano colectivo en que se producen sus problemas: se trata de operar sobre los conjuntos sociales con acciones tendientes a reforzar el compromiso comunitario y la solidaridad (Galende, 1990). Tampoco se trata de generar una demanda artificial en sujetos normales ante la expansión de la psicología en todos los espacios, sino de reconocer aquellas fracturas reales en el plano de la experiencia subjetiva y social:

La respuesta de Salud Mental a esto debe ser, creemos, no la de rellenar los huecos con más psicología, sobre todo en las capas medias, sino encontrar los medios para ayudar a conjurar sus efectos en el sufrimiento concreto de los individuos que fracasan (Galende, 1990, p. 211).

Se trata entonces de generar condiciones que rescaten los vínculos sociales para que puedan ser creativos y desarrollar bienestar.

En otra de las categorías emergentes se alude a alternativas de intervención como los grupos en tanto instancias que abren la posibilidad de restablecer la confianza, así como formas diferentes de relacionarse con el profesional, en base a una evaluación positiva de la experiencia del paso por los talleres. Según nuestros resultados, el trabajo grupal corresponde a otra posibilidad de intervención y tratamiento en las instituciones, donde se lo considera como una alternativa que tiene que estar disponible para los usuarios. Lo que se valora de la intervención grupal es el hecho de estar entre más personas y tener la posibilidad de comparar y compartir los problemas, en el marco de un vínculo de confianza entre los usuarios. Se trata de un espacio de apoyo en una relación basada en la participación de todos. Además, como expusimos, la creación de una relación diferente con el especialista en un contexto más lúdico se transforma en un vínculo de igual a igual que se abre hacia el debate y la creatividad.

Esto aparece en las usuarias como una alternativa a la atención psicoterapéutica tradicional individual, frente a frente con el psicólogo. Llama la atención que aparece una marcada distinción entre lo que implica una intervención colectiva y lo que conlleva una individual. La división existente entre lo que se llama una intervención clínica y una

comunitaria parece marcada en las usuarias, sin embargo, creemos que éstas no son mutuamente excluyentes. Sostenemos que es posible establecer una relación empática (la característica más destacada en la experiencia de las usuarias) también en el espacio clínico, así como se puede rescatar la singularidad en dispositivos de intervención no individuales.

La consecuencia práctica más importante de esta coexistencia entre ambos tipos de prácticas (objetivadoras y subjetivadoras) para el rol del especialista en salud, es apuntada por Galende (1990) en forma notable:

¿Qué hacer entonces: negarse a toda intervención técnica y a toda teoría específica para impedir convertirnos en agentes de orden social y devolver sus padecimientos a los individuos que lo sufren, o reparar a los que sufren psiquiatrizando o medicalizando? Este dilema, que encerró a muchos pensadores críticos de la década del sesenta, no tiene una respuesta interna a la opción así planteada. Una actitud puede ser tan injusta como la otra. No ayudamos más ni somos más éticos si para no psiquiatrizar dejamos sin respuesta social específica y librado a su suerte al individuo que padece. *Las políticas sociales y comunitarias en salud mental han sido la respuesta no dilemática a esta opción: se trata de intervenir técnicamente abarcando al conjunto de cuestiones implicadas y haciendo partícipe al sujeto y la comunidad en la búsqueda de soluciones. (p.191-192)*

Esta idea nos parece muy clarificadora en la medida en que el trabajo y la actitud del especialista dentro de la institución de salud no aparecen restringidos a las alternativas de un actuar objetivante o a la omisión de actuar. En cambio, desde el campo de la salud mental comunitaria debe ser posible realizar otra intervención que pone al usuario en el lugar de un sujeto, a la vez singular y social: aquello que en los resultados se reclama como la posición empática del especialista, resaltando la escucha y el reconocimiento del sujeto de la intervención.

Podemos llevar ahora esta discusión justamente al plano del tercer grupo de resultados que corresponde a la experiencia singular de las usuarias. Los contenidos que fueron más relevantes en el análisis referían tres momentos que se articulaban en la experiencia de salud: bienestar - estar mal - recuperación. Estas experiencias, tienen en primer lugar una asociación a ciertas emociones y sobre todo a ciertos vínculos

importantes. Cada momento es marcado como una experiencia singular, distinguible de la otra y con vivencias particulares asociadas.

Esto se puede relacionar con la idea central planteada por Canguilhem sobre la enfermedad donde señala que “cuando un individuo empieza a sentirse enfermo, a decirse enfermo, a comportarse enfermo, pasa a otro universo, pasa a ser otro hombre” (Canguilhem, 1976, p.196). Este cambio en la subjetividad asociado a la salud ocurre para las usuarias en el caso de estar enfermo o estar mal, pero también es propio de los momentos de recuperación, aunque teniendo consciencia de la transitoriedad de este momento. De hecho, rescatan la relevancia de este espacio de pausa donde pueden darse el permiso de estar mal, de estar triste, de abandonar sus responsabilidades para luego poder continuar y recuperarse.

Como lo señala Caponi (2006) es necesario negarse a aceptar los infortunios de la vida humana como patologías que deben ser asistidas médicamente, así como debe negarse a admitir un concepto de salud asociado a aquello considerado moralmente valorable. Estos momentos de dificultad son para las usuarias experiencias relevantes pero de continuidad, importantes para poder recuperarse por lo que “es preciso pensar en un concepto de salud capaz de contemplar y de integrar nuestra capacidad de administrar en forma autónoma ese margen de riesgo, de tensión, de infidelidad, y por qué no decir de “malestar”, con el que inevitablemente todos debemos convivir” (Caponi, 2006, p.80).

Pensamos que sería muy relevante que en estos momentos de malestar y recuperación no sean por defecto considerados como patología y que esto no significa negar la posibilidad de existencia de la enfermedad, sino dejar un margen donde a la salud se le restituya ese lugar en la vida cotidiana y los saberes propios. Luego si no se pueden enfrentar o se vuelven permanentes, debe existir el derecho a un espacio de apoyo en las instituciones de salud mental.

Nunca se puede perder de vista que la patología tanto física como mental, sólo puede ser considerada así por referencia al propio reconocimiento del enfermo, pues sólo él conoce el punto en el que comienza la enfermedad, punto que está dado por su incapacidad de dar respuesta a los deberes que su medio le impone (Caponi, 2006; Canguilhem, 2009a). Es decir, que reconocer la relatividad de lo normal no puede implicar de ningún modo para el profesional anular la distinción entre lo normal y lo patológico, porque ambos momentos son relevantes y vivenciados con igual intensidad por las

usuarias, refiriendo metáforas como estar atrapado, hundido, inconforme, encerrado y no ver salidas posibles. Podríamos precisar más aún la implicancia de estos momentos con lo que señala Canguilhem (1976) acerca del estado de enfermedad: “La enfermedad, el estado patológico, no son una pérdida pero sí un giro de la vida regulada por normas vitalmente inferiores o despreciadas por el hecho de que ellas prohíben al viviente la participación activa fácil, generadora de confianza y seguridad” (p.197).

Sobre este mismo punto la perspectiva del pensamiento de salud colectiva señala la relevancia de la dimensión del cuidado (Stolkiner, 2013), que implica, entre otras características, una relación intermedia con el mundo subjetivo del usuario y el modo en que construyen sus necesidades en salud (Stolkiner y Ardila, 2012):

El cuidado tendría una connotación mucho más amplia e integral que la atención, al denotar relaciones horizontales, simétricas y participativas y al quitarle la centralidad auto-asignada a las instituciones y agentes del campo de la Salud, reconociendo que buena parte de las acciones de salud suceden en las vidas cotidianas y en las prácticas de los conjuntos sociales y los sujetos (p. 61).

Esta noción se emplaza en lo que en esta perspectiva se denomina el proceso salud-enfermedad-cuidado, lo que aparece como coherente con lo planteado por las usuarias, en donde hay un tránsito entre bienestar, estar mal y recuperación. Se puede hacer entonces un paralelo entre ambas propuestas, considerando que para los procesos de recuperación serían muy propicias estas experiencias de cuidado. Pero para esto se requiere de prácticas en salud integrales que incorporen la dimensión subjetiva, histórica y social tanto en el abordaje de colectivos como de sujetos singulares (Stolkiner y Ardila, 2012).

Ya al comienzo de la discusión hemos situado la relevancia de lo social para la definición del concepto de salud/salud mental a raíz de los resultados. Ahora corresponde discutir aquí el lugar del sujeto o más bien de su singularidad en el campo de la salud mental comunitaria. Canguilhem en una reflexión que volvemos a retomar hacia el final, rescata esta condición de sujeto y de singularidad, donde la enfermedad pone en una posición compleja ambas nociones:

Es necesario llegar a admitir que el enfermo es algo más y también otra cosa que un terreno singular donde la enfermedad echa raíces, que es algo más y también

otra cosa que un sujeto gramatical calificado por un atributo tomado de la nosología del momento. El enfermo es un Sujeto, capaz de expresión, que se reconoce como tal en todo lo que sólo sabe designar mediante posesivos: su dolor y la representación que se hace de él, su angustia, sus esperanzas y sus sueños. Aun cuando con referencia a la racionalidad descubriéramos en todas esas posesiones otras tantas ilusiones, lo cierto es que el poder de ilusión debe ser reconocido en su autenticidad. Es objetivo admitir que ese poder de ilusión no pertenece a la capacidad de un objeto (Canguilhem, 2009b, p.434).

Quizás mucho de lo dicho en esta cita parezca evidente o mínimo en la consideración de las personas que se atienden en las instituciones de salud, sin embargo, en los relatos de las usuarias acerca de su relación con las instituciones y los especialistas, se puede entender que aún se cuele constantemente un paradigma objetivante. Así, la medicina moderna occidental pudo reducir el cuerpo a su dimensión biológica y en el caso de las enfermedades psiquiátricas, se incorporó la falla moral como enfermedad (Stolkiner, 2013). Desde ahí que el fenómeno de la medicalización es un fenómeno central en los procesos de producción de subjetividad moderna y no se pueden soslayar las implicancias que trae a la vida de las personas, tal como lo indicaron las usuarias en relación a su experiencia con la psiquiatría en las instituciones de salud. Como vemos, esto es muy coherente con la hipótesis sobre la tensión hoy presente entre objetivación y subjetivación en el campo de la salud mental y en los modelos comunitarios.

Ahora podemos discutir dónde encuentran su punto en común los tres puntos tratados: tanto los problemas del contexto social cotidiano; las tensiones presentes en la relación entre las instituciones y los usuarios; las posibilidades de las personas para vivir los tres momentos de la experiencia de bienestar – estar mal – recuperación. Ya se dijo que desde la OMS el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud resulta ampliamente consensuado hoy en día al considerar los factores no individuales de la producción de salud y enfermedad, aun cuando recibe la crítica de que no ataca las causas de la desigualdad social que se encontrarían en el neoliberalismo. Sobre esta base hay quienes han señalado que no es posible un modelo comunitario en sistemas sanitarios privatizados, donde impera el lucro y la competencia entre servicios (Desviat y Moreno, 2012c):

El predominio neoliberal va a tener graves consecuencias en el modelo comunitario de atención a la salud mental, al pasar de una asistencia planificada, regulada por las autoridades públicas, a una asistencia en manos de los mercados, donde la competencia y la ganancia sustituyen a la colaboración y solidaridad. Supone (...) la vuelta a la concepción de la responsabilidad individual del enfermar, en una sociedad donde se ha roto el lazo social y cada vez se pierde más el sentido de lo comunitario. (p.49)

Esta es la idea del lazo social roto señalada por Galende (1990), quien apunta que la fractura de los vínculos sociales corresponde a uno de los costos que ha acompañado al desarrollo económico, situación que ha pretendido ser cubierta con la implementación de políticas sociales y por disciplinas que tratan de hallar soluciones técnicas de reintegración hacia quienes han quedado marginados. Ello significa que no pudiendo alterar los procesos que producen marginación, se busca atender a los efectos. Por lo tanto, toda respuesta técnica a estos problemas sociales desde las disciplinas especializadas, será siempre parcial y correrá el riesgo de encubrir las demás dimensiones en juego (Galende, 1990).

Creemos que la poca claridad en la implementación de prácticas comunitarias en el modelo de salud mental en Chile, puede relacionarse con la poca consideración de los contextos locales y los saberes populares, punto que incluso es reconocido en evaluaciones del MINSAL, pero sin pasar a la construcción de planes y modelos que consideren una perspectiva situada en donde esto sea el núcleo y no el complemento de la política. Esto se puede relacionar con las dificultades referidas en las evaluaciones de los centros comunitarios de salud mental (MINSAL, 2016) cuando se identifican problemas como una escasa cultura de participación, asunto que también emerge de los resultados de esta investigación. Un escenario como este parece no permitir que se resuelvan estas dificultades solamente en el nivel de las intervenciones de salud, por más que sean comunitarias.

Por lo que, el considerar la salud desde una perspectiva integral implica la confrontación del individualismo y la competencia propios de la sociedad de mercado, para sustituirlos por la solidaridad y la cooperación (Bang, 2014). El movimiento de salud colectiva propone una idea de promoción de la salud asociada a un conjunto de valores colectivos: vida, salud, solidaridad, equidad, democracia, ciudadanía, desarrollo, participación y asociación, tomando como base la valorización del conocimiento popular:

“desde esta corriente tomamos la idea de promoción de salud referida al fortalecimiento de la capacidad colectiva para lidiar con la multiplicidad de los condicionantes de la salud y la vida” (Bang, 2014, p.113). Con ello están criticando a las perspectivas biomédicas que desconocen la implicancia de la trama vincular y la dimensión subjetiva en los procesos de salud, pero podríamos reconocer también una crítica a los principios del neoliberalismo expresados en sus prácticas y relaciones concretas.

En relación al rol de las instituciones de salud pública, para Galende (1990) el Estado ha desarrollado una política de doble faz respecto del sector salud: por un lado, asume centralizar la información y normativizar los modelos sanitarios, mientras por otro lado tiende a que la población y los individuos asuman por sí mismos la gestión de su bienestar y su enfermedad, y difunde la idea de la participación comunitaria en todo lo referente a los cuidados de la salud. En esto se expresa el problema de la salud en las sociedades modernas, entre lo colectivo y lo individual (Galende, 1990).

Así, el concepto de salud como apertura al riesgo en Canguilhem también permite repensar los conceptos de promoción y prevención en salud. Como se expuso anteriormente, este margen de seguridad contra los riesgos implica la capacidad de superar nuestras capacidades iniciales e instaurar nuevas normas de vida. En base a esta idea, lo que compete a los programas de salud será entonces crear estrategias de prevención capaces de minimizar la exposición a riesgos innecesarios, y al mismo tiempo, generar políticas de promoción de la salud que permitan maximizar la capacidad de cada individuo para tolerar, enfrentar y corregir las infidelidades del medio que forman parte inevitable de la vida (Caponi, 2006).

Frente a esta relación entre lo singular y lo social hemos tratado de dar respuesta desde lo planteado por las usuarias como reconocimiento de sus propias experiencias. Es así como, el concepto de salud vulgar planteado por Georges Canguilhem con su rescate de la singularidad de la condición de sujeto del enfermo en su relación con el contexto, permite pensar en definiciones y categorías que son más móviles, fluidas y por sobre todo situadas. Lo singular y lo social son así indisociables en la experiencia de salud desde esta visión, por ejemplo, como señala Canguilhem (2004) el sufrimiento producido por la estigmatización, no es inherente a la enfermedad sino a la posición social de la misma.

Esto nos permite dar algunas luces de hacia dónde se debe dirigir la discusión si queremos abandonar los principios tan arraigados de la psiquiatría. Vemos, con Galende

(1990) que no es suficiente enunciar nuevas teorías sobre la comprensión de la salud y la enfermedad que sustenten el programa comunitario, si no se asegura su aceptación por los sectores involucrados a través de la argumentación y el debate. Este diálogo debe incluir tanto a los equipos de salud como a los usuarios de los servicios, ya que en el sentido común aparece como recurrente una idea de la enfermedad en el sentido de lo médico-psiquiátrico. Por tanto, se requiere una permanente discusión y revisión de los discursos que permean el sentido de la salud para las personas.

X. Conclusión

Se han revisado a lo largo de esta investigación distintos ejes del modelo comunitario de salud mental que se ha propuesto como el abordaje en los planes de salud mental de Chile. Estos ejes han sido puestos en discusión con la perspectiva de las usuarias de un Centro Comunitario de Salud Mental, así como con los postulados de los movimientos de salud colectiva y la propuesta de salud vulgar de Georges Canguilhem.

Con respecto a la pregunta de investigación que interroga sobre las experiencias de usuarias en salud mental y cómo podrían ser estas experiencias analizadas bajo la propuesta de salud vulgar, se pueden señalar dos ideas.

Primero específicamente sobre el modelo comunitario en salud mental, podemos señalar que, como se propone en el problema de investigación, este modelo está ubicado un campo en tensión y recomposición. Las disciplinas asociadas a la salud mental, en la medida que se intenta instalar un modelo como este, requieren ser revisadas y pensadas en función de estas nuevas exigencias. Esto es coherente con lo que Galende (2008) señala como una ruptura epistemológica aún no terminada en el campo de la salud mental comunitaria, ya que aún estamos en un momento de paso desde la psiquiatría positivista hacia la salud mental. Bajo esta idea planteamos que el campo de la salud mental debe plantearse como una alternativa a la psiquiatría positivista, con un cuerpo teórico y práctico claro que considere la complejidad de los fenómenos con los que trabaja.

Si sostenemos la idea de la ruptura epistemológica que implica la salud mental, tenemos que considerar que esto conlleva un cambio en las prácticas y ante el sujeto de su intervención, por lo que no es sorpresivo encontrarse con resistencias por parte de ciertas disciplinas y especialistas.

Esto es lo que las usuarias refieren cuando hablan del rol y la posición que debe tomar el especialista, así como la forma en que la institución define al usuario y la incidencia que tiene en su tratamiento. Confirmamos que hoy coexisten las prácticas que se ubican desde el modelo biomédico y el fenómeno de medicalización, con prácticas que buscan resaltar la creatividad e instalar nuevas dinámicas con los usuarios.

Hoy los usuarios son atendidos en paralelo desde estas dos perspectivas, que se ubican más como contradictorias que dialogantes, ya que como señalamos en la

discusión la intervención farmacológica no es pensada como parte de una estrategia amplia, sino como la solución más correcta y evidenciada a ciertos padecimientos. Cambia así completamente el foco hacia la objetivación del sujeto, considerando además que la atención se estructura en torno a un diagnóstico que se convierte en una estrategia que no rescata la historia ni sufrimientos particulares.

Así como se presentan estas prácticas, existen otras tanto individuales como colectivas que apuntan a crear un espacio de subjetivación para las personas que asisten a COSAM, que son destacadas y reconocidas por las usuarias como un espacio con nuevas lógicas, pero que muchas veces ocupa un lugar marginal. No por la valoración que se hace de estas por parte de los usuarios, sino porque se priorizan intervenciones de carácter individual, en función de cumplir con criterios económicos y también porque no se ajustan al modelo de trabajo de las instituciones que aún no hacen propias las nuevas prácticas.

Cabe preguntarse aquí por cuales son las fórmulas que permiten instalar una atención más amplia, que otorgue igual protagonismo a los distintos tipos de intervenciones. O incluso, nos preguntamos si es posible una coexistencia entre intervenciones que tienen a la base efectos contrarios, ¿Pueden convivir la objetivación y la subjetivación? ¿Qué implicancias tiene para los usuarios la convivencia de prácticas contradictorias?

Sin duda aquí la peor salida sería una respuesta totalizante. La riqueza del campo de la salud mental está dada por la diversidad de disciplinas intervinientes en él, donde cada una ha producido su propio sujeto/objeto.

Entonces, habría que definir en conjunto y con las dificultades inherentes a esto una forma de que las disciplinas dialoguen en equidad de condiciones y que estas permitan una apertura del campo de la salud mental y una mejor comprensión de su complejidad. Sin embargo, esta amplitud no puede implicar que se pierda de vista que el objetivo está en la subjetivación y para esto parece indispensable apuntar hacia una coherencia epistemológica. Aquí las ideas acerca de la salud colectiva y salud vulgar pueden permitir sentar algunos puntos que no se pueden dejar pasar en esta discusión como, por ejemplo: el lugar de la voz del enfermo, el rol que toma el especialista cuando se le restituye su lugar al usuario y cómo dialoga el saber experto con el saber del sentido común sobre salud.

Una segunda idea importante es que el contexto social y relacional en el que se desenvuelven las usuarias toma un gran protagonismo en la salud, coherente con la idea de Canguilhem (1976, 2004, 2009a, 2009b) acerca de que la salud solo puede ser pensada considerando la singularidad del enfermo y el medio particular con el que se relaciona.

Para las usuarias, las restricciones que impone el contexto donde viven constituyen uno de los núcleos más importantes que pone dificultades cotidianas y por qué no decirlo, de salud. Mencionábamos a lo largo de la investigación que la población consultante de las instituciones públicas de salud mental, tiene como característica repetida sus condiciones de marginación, donde además viven repetidamente el fenómeno ya muy extendido de la fractura de los vínculos sociales. En las experiencias de las usuarias esto es descrito bajo la metáfora del encierro: no es posible para ellas poner el lugar y las personas donde viven como un espacio que las ayude a sortear dificultades. Se observa así una recarga del espacio familiar como contenedor de las dificultades, malestares y dolencias. Cuando éste ya no es capaz de responder, se recurre a las instituciones de salud / salud mental. Por lo tanto, podríamos decir que hoy estas instituciones ocupan un lugar privilegiado para mediar en la solución no solo de malestares singulares, sino que sociales, ya que estos no son resueltos en la mayoría de los casos en un contexto social del barrio, la población y las agrupaciones.

Entonces es legítimo preguntarse si la institución de salud mental esta hoy preparada para recibir demandas que no obedecen solamente a la patología o la individualidad, sino que al campo de lo social. Consideramos que los efectos de no pensar formas de respuestas a esto, pueden terminar por institucionalizar la pobreza y la marginalidad a través del asistencialismo. O en el mejor de los casos entregando respuestas que no son adecuadas, lo que termina muchas veces en un desencanto y prejuicios hacía las instituciones de salud pública.

Por lo demás, ofrecer alternativas para intervenir en lo colectivo, o en la comunidad, tampoco es tarea fácil y requiere de un esfuerzo triple por parte de las instituciones y profesionales. Primero porque requiere como elemento imprescindible de la participación y protagonismo de los usuarios, lo que no sólo puede ser declarado como principio, sino que debe contar con estrategias efectivas para que ellos puedan tener espacios y herramientas para expresar su saber y opinión. Segundo, porque siempre está presente la posibilidad de que los vínculos que se creen en espacios que tengan un

carácter de colectivo y comunitario terminen siendo instrumentalizados, por tanto, las prácticas con las que se trabaja deben ser constantemente revisadas. Y tercero porque la institución tiene otras formas de administración, de financiamiento, de formación de profesionales que no es necesariamente coherente el modelo comunitario. Luego de lo anterior cabe preguntarse entonces ¿Qué papel debe tomar un centro comunitario de salud mental, respecto de sus intervenciones? ¿Qué responsabilidad compete a la formación de los profesionales? ¿Qué responsabilidad está en el nivel de las políticas públicas y los programas?

Sobre las preguntas anteriores, y aunque algunas excedan en alguna medida los límites de esta investigación, vale la pena hacer algunos alcances.

Respecto del dispositivo COSAM una posibilidad para pensar sus dificultades es tener presente su característica central, que es preservar la accesibilidad geográfica y cultural (Galende, 2008), ya que está en el territorio donde se desenvuelve la vida de los usuarios. Hay aquí un lugar privilegiado para posibilitar la participación de la familia y de la comunidad en el proceso de atención de sus dificultades de salud. Esto sumado a la importancia de la claridad sobre las características del lugar donde está inserto, ya que eso permite responder de manera situada a las necesidades de su comunidad, no acudiendo siempre con psicología o psiquiatría a todas las dificultades. Las implicancias de lo anterior para el profesional de salud pueden ser muchas, pero rescatamos aquí que no puede llenar los vacíos o lo que se ignora con prejuicios de su disciplina, sino que debe rescatar el saber del sujeto al que trata, instalando una comprensión respetuosa. Tal como se pregunta Caponi (2006), autora a la que hemos acudido a lo largo de esta investigación para instalar reflexiones sobre la intervención en salud y los contextos marginales:

¿Qué es lo que nos califica como médicos, sanitaritas o agentes comunitarios a jugar el papel de consejeros del príncipe y de mediadores del pueblo? ¿Qué hay en nuestra teoría y en nuestra práctica que pueda autorizarnos a intervenir sobre factores tales como la miseria, la insalubridad de la vivienda, la sub-educación, la violencia o la moralidad? (p.89)

Al parecer aún tenemos muchos vacíos que llenar en este momento de tránsito en el campo de salud mental, tanto en nuestras teorías como en las prácticas, para poder dar respuestas claras a preguntas como ésta. Partiendo por la interrogación respecto de una

conceptualización diferente del concepto de salud. Desde lo revisado en esta investigación podemos señalar la importancia de elementos como la experiencia del sujeto singular y la incidencia en la relación siempre cambiante y a veces adversa con su medio. Esto constituye una epistemología desde donde orientar las prácticas de manera situada en salud.

Podemos decir que en las experiencias en salud de las usuarias toman protagonismo el respeto y el rescate de la singularidad. La posibilidad de respetar sus diferencias y sus tiempos para recuperarse frente a las dificultades en salud mental, para ellas es central. Muchas veces no existe espacio para tomar en cuenta sus propios conocimientos y experiencias de malestar, bienestar y recuperación. Hacer énfasis en un concepto de salud vulgar para el modelo comunitario, parece implicar tomar en cuenta justamente eso, atender al saber que está en la vida cotidiana y en el sentido común (incluso para cuestionarlo). Y esto de ninguna manera implica una negación de las disciplinas o de la utilidad de las instituciones de salud mental, ya que el acudir a estas instituciones es parte de esas estrategias, pero no se puede convertir en la única.

Si nos acercamos a los límites de esta propuesta, es claro que hay situaciones en salud mental que constituyen mayor gravedad, en donde las opciones de tratamiento parecen reducirse al camino de la internación y el aislamiento. Por tanto, es legítimo preguntarse si pensamos en una política de salud mental que busca acabar con la institucionalización psiquiátrica y rescatar un modelo comunitario ¿Qué competencias tienen que tener los equipos locales para atender a la recuperación de usuarios atendidos hasta hoy en hospitales psiquiátricos?

Finalmente nos parece importante plantear una última idea que excede la pregunta de esta investigación pero que ciertamente puede situar investigaciones futuras. Dada la importancia que tiene el contexto social y relacional en la situación de salud o enfermedad de un sujeto, se hace necesario que la atención a este tema deje de estar reducida a unas instituciones y políticas que todavía aíslan a la salud de aquellos ámbitos de la vida en los que el bienestar encuentra sentido. Entonces, la propuesta que se necesita deberá responder la pregunta por cómo relacionar el área de la salud con otros espacios sociales como la escuela, el trabajo, el medio en general. No basta con señalar cuáles son los factores sociales de la salud, sino que se debe entender la complejidad de lo que define salud para las personas para pasar a las prácticas concretas. Se suma así el campo de la salud a la discusión sobre las transformaciones sociales y políticas.

Referencias

- Acero, M., Caro, I., Henao, L., Ruiz, L. & Sánchez, G. (2013). Determinantes Sociales de la Salud: postura oficial y perspectivas críticas. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 103-110.
- Amezcuca, M. y Carricondo, A. (2000). Investigación Cualitativa en España. Análisis de la producción bibliográfica en salud. *Index de Enfermería*, 28(9), 26-34.
- Amezcuca, M. y Gálvez, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 423-436.
- Ander-Egg, E. (2000). *Métodos y técnicas de investigación social: Acerca del conocimiento y del pensar científico*. Bilbao: Servicio Central de publicaciones del Gobierno Vasco.
- Ansoleaga, E. y Valenzuela, E. (2013). Salud mental y derechos humanos: la salud de segunda categoría. En Centro de Derechos Humanos UDP, Facultad de Derecho (Ed.) *Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile* (pp. 187-221). Santiago de Chile: Editorial Universidad Diego Portales.
- Arnold, M. (1997). Introducción a las Epistemologías Sistémico/Constructivistas. *Cinta Moebio*, (2), 88-95.
- Arteaga, N. (2008). Vulnerabilidad y desafiliación social en la obra de Robert Castel. *Sociológica*, 23(68), 151-175.
- Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*, 13(2), 109-120.
- Barbera, N. y Inciarte, A. (2012). Fenomenología y hermenéutica: dos perspectivas para estudiar las ciencias sociales y humanas. *Multiciencias*, 12(2), 199-205.
- Barra de la, F., Vicente, B., Saldivia, S., & Melipillan, R. (2012). Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. *Revista de Medicina Clínica las Condes*, 23(5), 521-529.
- Bassi, J. (2015). *Formulación de proyectos de tesis en ciencias sociales*. Santiago: El Buen Aire.
- Berlinguer, G. (2003). *Ética de la salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Bertolote, J. (2008). Raíces del concepto de salud mental. *World Psychiatry Revista oficial de la asociación mundial de psiquiatría*, 6(2), 113-116.
- Campos, G. y Lule, N. (2012). La observación, un método para el estudio de la realidad. *Xihmai*, 7(13), 45-60.

- Canales, M. (1995). Implicancias teórico-epistemológicas de la metodología cualitativa. En J. Alfaro, A. Álvarez y A. Espinosa (Eds.), *Metodología cualitativa e intervención psicosocial* (pp.5-9). Santiago de Chile: Universidad Diego Portales.
- Canguilhem, G. (1976). *El conocimiento de la vida*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Canguilhem, G. (2004). *Escritos sobre medicina*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Canguilhem, G. (2009a). *Lo normal y lo patológico*. México D.F: Siglo veintiuno editores.
- Canguilhem, G. (2009b). *Estudios de historia y de filosofía de las ciencias*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Caponi, S. (1997). Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 4(2), 287-307.
- Caponi, S. (2006). La Salud como apertura al Riesgo. En D. Czeresnia y C. Machado de Freitas (Eds.), *Promoción de la salud: conceptos, reflexiones, tendencias* (pp. 65-91). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Caponi, S (2007). Viejos y nuevos riesgos: en busca de otras protecciones. *Cad. Saúde Pública*, 23(7), 7-15
- Caponi, S. (2010). George Canguilhem: del cuerpo subjetivo a la localización cerebral. *Salud colectiva*, 6(2), 149-161.
- Caponi, S. (2016). Entre el gobierno de sí y el gobierno de los otros: una hermenéutica psiquiátrica de sí. *Signos Filosóficos*, 18(36), 62-89.
- Castel, R. (1981). *La gestión de los riesgos: de la antipsiquiatría al post-análisis*. Barcelona: Anagrama.
- Castel, R. (1986). Homo Psicologicus. Entrevista a Robert Castel. *Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría*, 6(18), 454-462.
- Castel, R. (1997). *Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Buenos Aires: Paidós.
- Castel, F., Castel, R., & Lovell, A. (1980). *La sociedad psiquiátrica avanzada*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Comes, Y. y Stolkiner, A. (2005). Representaciones sociales del derecho a la atención de la salud de un grupo de mujeres pobres. *Anuario de investigaciones*, 13, 211-219.
- Corporación de Educación, Salud y Atención de Menores de Conchalí CORESAM (2014). COSAM: CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL CONCHALI. Recuperado de <http://www.coresam.cl/web/index.php/transparencia-activa/375-cosam-informacion>

- Dejours, C. (1986). Por um novo conceito de saúde. *Revista brasileira de saúde ocupacional*, 14(54), 7-11.
- Desviat, M. y Moreno, A. (2012a). Principios y objetivos de la salud mental comunitaria. En M. Desviat y A. Moreno (Eds.), *Acciones de Salud mental en la Comunidad* (pp. 21-27). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Desviat, M. y Moreno, A. (2012b). La reforma psiquiátrica. En M. Desviat y A. Moreno (Eds.), *Acciones de Salud mental en la Comunidad* (pp. 28-36). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Desviat, M y Moreno, A. (2012e). Sistemas sanitarios y modelos de atención en salud mental. En M. Desviat y A. Moreno (Eds.), *Acciones de Salud mental en la Comunidad* (pp. 49-56). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Desviat, M. y Moreno, A. (2012d). De la psiquiatría comunitaria a la salud mental colectiva. En M. Desviat y A. Moreno (Eds.), *Acciones de Salud mental en la Comunidad* (pp. 126-133). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Díaz, R. (1997). La vivencia en circulación. Una introducción a la antropología de la experiencia. *Alteridades*, 7(13), 5-15.
- Encina, E. (2014). Participación colectiva como salud mental: Cuestionamientos y alternativas a las políticas públicas en salud mental en Chile. *Revista Mad Universidad de Chile*, (30), 131-147.
- Fernández, R. (2006). Investigación cualitativa y psicología social crítica en el Chile actual: Conocimientos situados y acción política. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 7(4), 1-21.
- Finkel, L., Parra, P., & Baer, A. (2008). La entrevista abierta en investigación social: trayectorias profesionales de ex deportistas de élite. En A. Gordo, y A. Serrano (Eds.), *Estrategias y prácticas cualitativas de investigación social* (pp. 127-152). Madrid: Pearson Educación.
- Flick, U. (2007). *Fundamentación de la investigación cualitativa. Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- Frenz, P. (2005). Desafíos en salud pública de la Reforma, equidad y determinantes sociales de la salud. *Revista Chilena De Salud Pública*, 9(2), 103-110.
- Foucault, M. (2007). La "gubernamentalidad". En G. Giorgi y F. Rodríguez (Eds.), *Ensayos sobre biopolítica. Excesos de vida* (pp. 187-215). Buenos Aires: Paidós.
- Gaínza, A. (2006). La entrevista en profundidad individual. En M. Canales (Ed.), *Metodologías de investigación social* (pp. 219-261). Santiago de Chile: LOM ediciones.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental una crítica a la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y Salud Mental La ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Gallardo, J., & Hirmas, N. (octubre, 2012). *Un nuevo dispositivo para el control de la subjetividad: Terapia ocupacional en la salud mental comunitaria*. Trabajo presentado en el 7 Congreso de Sociología y Encuentro PreALAS Chile 2012, Pucón. Resumen recuperado de http://www.actacientifica.servicioit.cl/biblioteca/gt/GT26/GT26_GallardoCochifas_HirmasMontecinos.pdf
- García, B. y Markez, I. (2012). Factores adversos y grupos de riesgo. En M. Desviat y A. Moreno (Eds.), *Acciones de Salud mental en la Comunidad* (pp. 85-103). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Guber, R. (2001). *La etnografía, método y reflexividad*. Bogotá: Norma.
- Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, L. (2003). *Metodología de la investigación*. La Habana: Editorial Félix Varela.
- Homedes, N. y Ugalde, A. (2005). Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17(3), 210-220.
- Infante, A., Mata de la, I. & López- Acuña, D. (2000). Reformas de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(1/2), 13-20.
- Jadresic, M. (2014). Depresión perinatal: Detección y tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(6), 1019-1028.
- Jutoran, S. (1994). El proceso de las ideas sistémico-cibernéticas. *Sistemas familiares*, 10(1), 1-20.
- Kawulich, B. (2005). La observación participante como método de recolección de datos. *Forum: qualitative social research*, 6(2), 1-32.
- Lopera, J. (2015). El concepto de salud mental en algunos instrumentos de políticas públicas de la Organización Mundial de la Salud. *Revista Facultad Nacional De Salud Pública*, 32(1), 11-20.
- López, O., Escudero, J. y Carmona, L. (2008). Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el taller latinoamericano de determinantes sociales sobre la salud. *ALAMES. Medicina Social*, 3(4), 323-335.
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 613-619.
- Martínez, V. (2006). *El enfoque comunitario. El desafío de incorporar a la comunidad en las intervenciones sociales*. Santiago de Chile: Magíster en Psicología Comunitaria, Universidad de Chile.

- Matas, T. (2013). Salud Mental: "Lo que (Sí) se puede hacer". *Revista de Trabajo Social de Murcia TSMU*, (18), 21-25.
- Michalewicz, A., Pierri, C. & Ardila-Gómez, S. (2014). Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso de salud/enfermedad/cuidado: Elementos para su conceptualización. *Anuario de Investigaciones*, 21, 217-224
- Ministerio de Desarrollo Social. (2014). *Reporte Comunal: Conchalí, Región Metropolitana*. Recuperado de http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/indicadores/pdf/comunal_general/metropolitana/Conchali_2013.pdf
- Ministerio de Salud, MINSAL. (2001). *Plan nacional de salud mental y psiquiatría*. Santiago: Gobierno de Chile.
- Ministerio de Salud, MINSAL. (2008). *Norma Técnica para la implementación y funcionamiento de centros de salud mental comunitaria*. Recuperado de [http://sistemas.senda.gob.cl/sistema-monitoreo/biblioteca/files/Documentos/ESTRATEGIAS%20NORMAS%20ORIENTACIONES/1%20Orientaciones%20y%20Normas/Nacional/Otros/Norma%20General%20T%C3%A9cnica%20para%20la%20Implementaci%C3%B3n%20y%20Funcionamiento%20de%20Centros%20de%20Salud%20Mental%20Comunitaria%20\(Minsal%202008\).pdf](http://sistemas.senda.gob.cl/sistema-monitoreo/biblioteca/files/Documentos/ESTRATEGIAS%20NORMAS%20ORIENTACIONES/1%20Orientaciones%20y%20Normas/Nacional/Otros/Norma%20General%20T%C3%A9cnica%20para%20la%20Implementaci%C3%B3n%20y%20Funcionamiento%20de%20Centros%20de%20Salud%20Mental%20Comunitaria%20(Minsal%202008).pdf)
- Ministerio de Salud, MINSAL (2014). *Informe WHO-AIMS Evaluación del sistema de salud mental en Chile. Segundo informe*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_chile.pdf
- Ministerio de Salud, MINSAL. (2015). *Plan Nacional de Salud Mental 2016-2025. Borrador*. Recuperado de <http://colegiopsicologos.cl/wp-content/uploads/2015/10/Borrador-propuesta-PNSM-2015-2020.pdf>
- Ministerio de Salud, MINSAL. (2016). *Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria. (Documento en construcción)*. Manuscrito en preparación.
- Ministerio de Salud, MINSAL. (2017). *Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria. (Documento en construcción)*. Recuperado de <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/12/Modelo-de-Gestion-CSMC-9-febrero-172.pdf>
- Minoletti, A., Rojas, G., & Horvitz-Lennon, M. (2012). Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. *Cad Saúde Colet*, 20(4), 440-447.
- Minoletti, A., Rojas, G., & Sepúlveda, R. (2010). Notas sobre la Historia de las Políticas y reformas de salud mental en Chile. En A. Armijo (Ed.), *La Psiquiatría en Chile. Apuntes para una Historia* (pp. 132-155). Santiago de Chile: Laboratorios Royal Pharma.
- Minoletti, A., Sepúlveda, R., & Horvitz-Lennon, M. (2012). Twenty years of mental health policies in Chile: lessons and challenges. *International Journal of Mental Health*, 41(1), 21-37.

- Minoletti, A. y Zaccaria, A. (2005). Plan nacional de salud mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4/5), 346-358.
- Miranda, G. (2011). Políticas públicas y salud mental en el Chile de hoy. *Medicina Social*, 6(3) 259-265.
- Moreira, K. (2013). *Plan de Salud de la Comuna de Conchalí 2013-2016*. Recuperado de <http://www.coresam.cl/web/images/transparencia/PlanComunalSalud/Plandesalud.pdf>
- Negri, T. (1992). *Fin de siglo*. Barcelona: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Recuperado de <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2008a). *mhGAP: Programa de acción para superar las brechas en salud mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (2008b). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69830/1/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013- 2020*. Ginebra: OMS
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Documentos básicos. 48a edición*. Recuperado de <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf>
- Ortí, A. (1998). La apertura y enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta semidirectiva y la discusión de grupo. En M. García, J. Ibañez y F. Alvira (Eds.), *El análisis de la realidad social* (pp. 211-212). Madrid: Alianza Editorial.
- Ozonas, L. y Pérez, A. (2004). La entrevista semiestructurada. Notas sobre una práctica metodológica desde una perspectiva de género. *La Aljaba*, 9(5), 196-203.
- Pakman, M. (2011). *Palabras que permanecen, palabras por venir: micropolítica y poética en psicoterapia*. Barcelona: GEDISA.

- Pérez, C., Ardévol, A., Beltrán, M. y Callén, M. (2003). Etnografía virtualizada: la observación participante y la entrevista semiestructurada en línea. *Athenea digital: Revista de Pensamiento e Investigación Social*, (3), 72-92.
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2015). REPORTE ESTADISTICO COMUNAL 2015: Conchalí. Reportes estadísticos comunales. Recuperado de <http://reportescomunales.bcn.cl/2015/PDF/Conchal%C3%AD.pdf>
- Rose, N. (1996). *Inventing Our Selves: Psychology, Power and Personhood*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rose, N. (2007). ¿La muerte de lo social? Re-configuración del territorio de gobierno. *Revista Argentina de Sociología*, 5(8), 111-150.
- San Martín, D. (2014). Teoría fundamentada y Atlas.ti: recursos metodológicos para la investigación educativa. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 16(1), 104-122.
- Sepúlveda, G. (2001). Interculturalidad y construcción del conocimiento. *Docencia*, (13), 38-45.
- Sepúlveda, R. y Minoletti, A. (2012). Planificación y programación en salud mental. En M. Desviat y A. Moreno (Eds.), *Acciones de Salud mental en la Comunidad* (pp. 104-114). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Sisto, V. (2008). La investigación como una aventura de producción dialógica: La relación con el otro y los criterios de validación en la metodología cualitativa contemporánea. *Psicoperspectivas*, 7(1), 114-136.
- Stagnaro, J. (2006). Los psiquiatras y los hospitales psiquiátricos: Del asilo a la comunidad. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*, 17(65), 28-34.
- Stolkiner, A. (1994) Tiempos “posmodernos”. Procesos de ajuste y salud mental. En O. Saidón y P. Troianovsky (Eds.), *Políticas en Salud Mental* (pp. 25-53). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Stolkiner, A. (2001). Subjetividades de época y prácticas en salud mental. *Revista Actualidad Psicológica*, 26(293), 26-29
- Stolkiner, A. (2013). Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. En H. Lerner (Ed.), *Los sufrimientos; diez psicoanalistas, diez enfoques* (pp. 211-239). Buenos Aires: Psicolibro.
- Stolkiner, A., y Ardila, S. (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *VERTEX. Revista Argentina de Psiquiatría*, 23(101), 57-67.
- Stolkiner A. y Garbus P. (2009). Ética y Prácticas en Salud Mental. En J. Fantin y P. Fridman (Eds.), *Bioética, Salud mental y Psicoanálisis* (pp.171-186). Buenos Aires: Polemos.

- Stolkiner, A. y Solitario, R. (2007). Atención primaria de la salud y salud mental: La articulación entre dos utopías. En D. Maceira (Ed.), *Atención primaria en salud. Enfoques interdisciplinarios* (pp. 121-146). Buenos Aires: Paidós.
- Taylor, S. y Bogdan, R. (2000). *Introducción a los métodos cualitativos*. Barcelona: Paidós.
- Titelman, D. (2000). Reformas al sistema de salud en Chile: Desafíos pendientes. *CEPAL - SERIE Financiamiento del desarrollo número 104*. Recuperado de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5081/S00090810_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Tubert, S. (2001). *Deseo y representación: convergencias de psicoanálisis y teorías feministas*. Madrid: Síntesis.
- Valdés, C. y Errázuriz, P. (2012). Salud mental en Chile: El paciente pobre del sistema de salud. *Serie Claves de Políticas Públicas*, 11, 1-10.
- Valencia, M. (2007). Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental. *Salud Mental*, 30(2), 75-80.
- Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia S., Kohn, R., & Torres, S. (2002). Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). *Revista médica de Chile*, 130(5), 527-536.
- Vicente, B., Saldivia, S., Barra de la, F., Melipillán, R., Valdivia, M., & Kohn, R. (2012). Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Revista médica de Chile*, 140(4), 447-457.
- Wiesenfeld, E. (2000). Entre la prescripción y la acción: La brecha entre la teoría y la práctica en las investigaciones cualitativas. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 1(2), 1-15.
- Zúñiga, C., Carrasco, E. & Espinoza, J. (2014). Elección de carrera en estudiantes de nivel socioeconómico bajo de universidades chilenas altamente selectivas. Recuperado de <http://www.repositorio.uchile.cl/handle/2250/122287>

ANEXOS

ANEXO 1: Pauta Entrevista

ANEXO 2: Formato Consentimiento informado

ANEXO 3: Entrevistas

ANEXO 4: Notas de Campo

ANEXO 1



Pauta de entrevista

Objetivo: El propósito de esta entrevista es conocer cuáles son los discursos en torno a la salud mental que surgen en los participantes de un taller de padres, madres y cuidadores en el COSAM de Conchalí

1.- Aspectos Biográficos

- Podría contarme un poco acerca de usted, de su historia ¿Quién es? ¿A qué cosas se dedica hoy día? ¿Qué elementos o características la definen?
- ¿Dónde trabaja, estudia?
- ¿Quiénes componen su familia o personas significativas?
- ¿Qué planes tiene para el futuro? Enfocar en sus pasatiempos, proyectos, tiempo para ella

2.- Contexto (riesgos impuestos por el medio)

- ¿En qué lugar de Conchalí vive? ¿Qué características tiene ese barrio? ¿le gusta vivir allí? ¿porqué?
- ¿Las actividades laborales o de estudio de las personas de su familia ocurren cerca o lejos de su hogar?
- ¿Cómo son las relaciones con las personas que viven cerca de su casa?
- ¿Tiene acceso a colegios, supermercados, farmacias, consultorio, instituciones cerca?

3.- Redes de apoyo (Preguntas acerca de la cotidianidad, redes fuera de lo institucional, redes que han existido en el pasado, en el presente y cuales podrían haber en el futuro)

- ¿Con quién se relaciona en el día a día además de su familia?
- ¿A quién o quienes acude cuando tiene alguna dificultad (económica, salud, emocional, etc.)?
- ¿Esas personas a quienes recurre (de ser así el caso) son las mismas ahora que hace un tiempo?
- ¿Se reúne con otras personas para algún fin? (por ejemplo, centros de padres, juntas de vecinos, comité de vivienda, etc.)

4.- Relación con la institución y el especialista en salud (COSAM)

- ¿Por qué y cómo llego a atenderse a COSAM?

- ¿cómo ha sido la relación con esta institución? (no solo sobre su tratamiento) ¿y con los profesionales?
- Que impresión cree que se tiene en general de una institución como COSAM

5.- Sobre la salud/ su salud

- Respecto de salud tanto física como mental ¿Cuándo puede decir que ha sentido sensación de insatisfacción, malestar, etc?
- ¿Cuándo puede decir que ha estado bien, que tiene una sensación de bienestar respecto de su salud?
- ¿Ha vivido situaciones o momentos donde le haya costado sortear una dificultad (económica, salud, emocional, etc)?
- ¿Qué medios (materiales, personas, instituciones) ocupa para sortear una dificultad de salud? ¿Cómo han cambiado estos medios a lo largo de su vida?
- ¿Qué medios (materiales, personas, instituciones) ocupa para sortear una dificultad que no se relacione con la salud? ¿Cómo han cambiado estos medios a lo largo de su vida?

6.- Intervención del taller

- ¿Qué significó para usted participar en este grupo y construir una intervención?
- ¿Cómo evaluaría de modo general el proceso grupal que llevamos y la intervención?
- Del grupo que se constituyó y la intervención final ¿Hay situaciones /momentos /dinámicas que le hayan hecho sentido o dejado pensando? ¿Qué cosas le cambiaría a este proceso?

ANEXO 2



CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN DE MEMORIA DE TÍTULO

1. Información sobre la investigación de memoria.

Usted ha sido invitado/a a participar de una investigación que busca **identificar los discursos sobre salud mental que surgen entre los participantes de un proceso grupal en COSAM de CONCHALÍ**. El propósito de este documento es describirle las condiciones de participación que debe considerar a la hora de tomar la decisión sobre participar o no del estudio en cuestión.

Se le pedirá participar de la conformación de un grupo de padres y madres, y luego al finalizar la experiencia, participar de una entrevista individual a cargo de los investigadores que suscriben.

1. La investigación se compone de discusiones y trabajos grupales que permitan conocer los discursos sobre salud mental que surgen durante el proceso grupal.
2. La investigación no sólo pretende producir conocimiento relevante para el investigador sino también favorecer procesos de cambio y transformación para la institución estudiada y sus usuarios.
3. Toda la información proporcionada por usted será manejada de manera estrictamente confidencial.
4. Si se responden documentos estos serán completamente anónimos.
5. El uso de grabadoras, cualquier otro medio de registro audiovisual, así como su transcripción serán manejado de manera estrictamente confidencial. Si los resultados de la investigación llegaran a ser publicados en artículos o comunicaciones científicas, se eliminará cualquier información que permita la identificación de los participantes.
6. Si lo desea, al finalizar la investigación usted podrá acceder al informe final así como a los registros tomados a lo largo del proceso.
7. No existirá ningún tipo de compensación económica por participar en el estudio.
8. Podrá negarse a participar en alguna parte del estudio o retirarse del estudio cuando lo desee.
9. Usted tiene el pleno derecho a preguntar ahora o durante el transcurso de su participación cualquier duda que le surja, y a ponerse en contacto con el Guía de Memoria Ps. Felipe Gálvez Sánchez en caso que lo considere necesario.

Este documento es una garantía de que usted no corre ningún riesgo al participar de este proceso. Muchas gracias por su aporte.

2. Documento del Consentimiento

Participante:

Declaro haber leído la información descrita, y que mis preguntas acerca de la investigación de tesis han sido respondidas satisfactoriamente. Consiento voluntariamente participar entregando mis opiniones en un grupo de conversación y en una entrevista individual. Entiendo que tengo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento sin que ellos me afecten de ninguna forma.

Nombre del participante:

Firma: _____

Ciudad y fecha:

Persona que coordina la aprobación del consentimiento informado:

Confirmando que he explicado la naturaleza y el propósito de la investigación de tesis a la persona participante, y que ha dado su consentimiento libremente. Le he proporcionado una copia de este documento completo de Consentimiento Informado.

Nombre coordinador:

Firma: _____

Ciudad y fecha:

Si tiene preguntas respecto a esta investigación puede contactarse con los investigadores NICOLE CERDA y FELIPE VIALARD (cel: 96410469 – 88551938; mail: nicole.cerda@ug.uchile.cl - felipe.vialard@gmail.com) o con el Guía de Memoria de Título Ps. Felipe Gálvez Sánchez, en Av. Capitán Ignacio Carrera Pinto #1045, Ñuñoa.

ANEXO 3

Nombre del archivo: Entrevista 1
 Lugar de la entrevista: Conchalí
 Participante: Mujer, usuaria programa VIF y programa infanto-juvenil
 Entrevistador: F. V
 Fecha: Diciembre 2016
 Duración: 1:29
 (E) – (P): Entrevistador – Participante

E: Okey ahí ya está grabando ya, hay algunas preguntas que te decía, que tienen que ver con tu vida, hay otras preguntas que tienen que ver con tu relación con las instituciones de salud, otras que tienen que ver con esta institución y otras que tienen que ver ya con el proceso participativo que diseñamos en conjunto. Entonces ¿si estas preparada?

P: si

E: Comencemos, bien primero me gustaría que me contaras un poco acerca de ti, partiendo por tu nombre para que en la entrevista

P: Emm... me llamo M. , tengo 32 años, tengo 3 hijos, soy casada separada y eh... trabajo como asistente de biblioteca

E: ¿Trabajas como asistente en dónde?

P: En DUOC

E: Y ese lugar queda cerca de tu casa ¿queda lejos?

P: Como a veinte minutos de la casa

E: Em... y te dedicas tú dices a trabajar en una biblioteca y ¿a que se dedican tus hijos o cuantos años tienen?

P: Ya, la C. tiene 15 pasó a segundo medio, la F. tiene 12 y pasó a sexto y el J. tiene 10 y paso a sexto

E: Entonces tu eres la única que trabaja en tu casa

P: Si

E: O sea tu eres la única que esta al cuidado de tus tres hijos

P: SI

E: En el fondo tu familia la componen cuatro personas

P: Si, somos 4

E: Podrías contarme entonces qué características tiene tu historia podríamos decir, de vida. Como en general si yo te dijera cuenta brevemente tu historia

P: Eh... creo que, a ver si parto por la infancia tuve una infancia bien regaloneada, eh... por lo menos hasta los 5 años muy regaloneada, vivía una prima en la casa que pa` mi es mi otra mamá, siempre ha sido mi otra mamá y entonces tengo dos mamás y fui súper consentida. De hecho son cosas que ahora a lo mejor son eh... costos que ahora estoy pagando el haber sido tan fundida, eh...

E: ¿Que significa ser fundida?

P: Fundia po` si no me gustaba la comida, me hacían comida especial...

E: ¿Cómo mañosa?

P: Mañosa si y regalona, eh... y de repente esas cosas ahora que uno ya está más grande le juegan en contra. Después mi mamá trabajó cuando yo entre al colegio ya mi mamá empezó a trabajar y con mi papá no me llevaba muy bien así que eh... igual fue complicado el proceso de que mi mamá trabajara y mi papá mucho tiempo trabajó de noche y después tenía como trabajos... trabajaba de forma particular como albañil y entonces había periodos en que no estaba trabajando... otros si y em... y con mis hermanas mayores, con la mayor, con macarena no nos llevábamos nada y con la Paula eh... nos llevábamos mas

E: son tres

P: Si somos tres, si y ya en periodo de adolescencia fue medio complicado como que me puse muy rebelde eh... llevada a mis ideas ye so si ocasionaba hartos problemas en la casa con mi papá, sobre todo

E: ¿Qué características tenía esta familia? ¿su situación económica por ejemplo?

P: Eh... nunca hubieron grandezas, como que eh... no nos faltaba, tampoco sobraba teníamos lo necesario para vivir, eh... si mi mamá trabajaba y salió a trabajar más que nada para darme mejores estudios a mí, como que eso está dentro del fundimiento que te nombré, des estudiar en los colegios buenos... eh de como tener lo que necesitaba, todo lo que necesitaba como respecto al tema estudio, no con respecto a ropa ni nada pero si en cuanto al estudio todo lo que yo necesitara estaba ahí

E: Entonces me decías que la adolescencia comenzó a ser un tiempo más complejo

P: Si, el hecho de querer pololear ya mis papás los dos son personas mayores criados en el campo, ya venían de que mi hermana había quedado embarazada chica, entonces era un tema pa ellos el pololeo, por ejemplo, yo no tenía permiso para pololear hasta que

salía de la universidad prácticamente y poliolé harto rato escondida y al final me dieron permiso para pololear y en algún momento me arranque de la casa eh...

E: Bien acontecida la adolescencia

P: Eh... si después quedé embarazada

E: ¿A qué edad quedaste embarazada?

P: A los 16 años

E: ¿Eso para ti es pequeña, normal?

P: No chica, porque mi hija tiene 15 (risas) y yo no la veo con guagua y antes a lo mejor era un poco más madura, pero era guagua po` pero era chica, yo dejé de jugar con muñecas y me tuve que hacer cargo de una guagua de verdad, eh... era como muy, era guagua pa mis cosas en la casa. Como que siempre fui como metida adentro de una burbuja, entonces el hacerme cargo de una guagua fue como shock

E: ¿Te faltaban como herramientas en ese momento?

P: Si yo creo que, si... el tema del miedo era como eh... siento que... bueno en ese tiempo que yo quede embarazada eh... mis papás nunca me hablaban de la sexualidad entonces eso era malo, fui como súper ignorante en ese sentido y como que me deje llevar por las cosas del momento no... no me arrepiento de tener a mis hijos, pero si a lo mejor del momento de haber sido tan chica por haberme saltado etapas sí.

E: Luego ya que pasa después de los 20 años, 25 años...

P: A los 22 ya tenía a los tres niños, me case como a los 19, creo que tenía 19 años cuando me casé eh... el pololeo fue un poco complicado, de muchos celos de por medio, eh... violencia intrafamiliar

E: ¿Te separaste a que edad?

P: La primera vez que me separé tenía 20 años

E: Y ya te habías separado ¿Luego se volvieron a juntar?

P: De ahí nos juntamos cuando nació el J. y me separe el año pasado

E: Ah... de ahí hasta el año pasado. Me gustaría preguntarte si ¿has vivido siempre en Conchalí? En toda esta historia que me estas contando

P: Si

E: Esa siempre ha sido tu comuna

P: Si

E: ¿Siempre en el mismo barrio?

P: Siempre en la misma casa

E: Pero ¿en la misma casa de tus papás?

P: Claro, ahora llevo dos años viviendo en otra casa, pero es dos casas más allá

E: O sea has vivido en la misma calle toda tu vida por decirlo así

P: Claro

E: Cuéntame un poco entonces del lugar donde vives ¿Qué características tiene ese barrio, villa?

P: Es una población

E: ¿Qué características tiene tu población?

P: Yo creo que ahora

E: ¿Cuál es tu población?

P: La palmilla, eh... hace algunos años atrás ya se puso muy malo el barrio. Uno antiguamente podía salir a jugar, cuando yo era chica salía a jugar al pasaje, andaba en bicicleta, andaba en patines, jugábamos con los amigos pero ahora... eh... mi temor como mamá es más grande entonces no se... mucho tiempo me sentaba afuera de la casa mientras que los niños jugaban un rato, pero yo insisto en que ya ahora es complicado, muchas veces han habido balaceras cerca, el pasaje donde yo vivo desgraciadamente los chicos que eran con los que yo jugaba, tomaron como el camino malo y... se pusieron delincuentes, mucha droga, entonces eh... corren en el auto, es un pasaje cerrado entonces corren no más lo autos. Entonces no está como esa tranquilidad, esa paz de que los niños puedan estar afuera jugando, si uno quiere lo que uno puede hacer es salir con ellos a alguna plaza o salir a caminar con ellos, pero no ahí, porque se echó bastante a perder el sector

E: Me dices que se echó a perder, esta malo y me mencionas algunas cosas como droga, incluso mucha gente que compartía contigo y me imagino que tú los conociste

P: Si, los chicos de mi edad o un poco más chicos que yo, eran con los que yo jugaba

E Ahora hoy en día están en la delincuencia....

P: Si, hay una familia particular que son tres chicos y los tres están metidos en temas de.... De hecho, hay uno detenido y el otro salió hace poco, unas tres semanas y... mucha delincuencia, mucha droga eh...

E: ¿Trafico también de drogas?

P: Por mi pasaje no sé, pero yo vivo pal (incomprensible, 1 segundo) antes de diego silva de aquí hacia allá y pasado diego silva está el canal que le llaman y ahí se trafica mucho, y también se ven muchas niñas que son prostitutas

E: ¿Prostitución también?

P: Si, se ve harta prostitución

E: ¿Vives cerca del canal?

P: Claro, como a una cuadra de al lado del canal

E: O sea si vamos conversando, vemos prostitución, narcotráfico, delincuencia y carreras de auto también

P: Si

E: Pese a todo ellos podríamos decir que te gusta...

P: Si y los mismos chicos de ahí, hablan de la cintura para abajo y en la calle no tienen respeto. O sea, a ellos les da lo mismo si uno les pide... a mí me ha pasado de pedirles que, por ejemplo, se estacionan fuera de la casa de mis papás y mi papá tiene un furgón, no se puede sacar el furgón. Si uno tiene una emergencia no se puede salir en el furgón y uno les pide por favor... no y ahí al tiro "¡no, que te importa, corre tu cuestión!", son al tiro así alterados, prepotentes, sin respeto

E: En ese contexto ¿Tu dirías que te gusta vivir ahí?

P: No, yo me iría feliz a vivir al campo

E: ¿Al campo?

P: O cualquier parte que sea aislado

E: ¿Tienes eso como proyecto o es una especie de sueño que no piensas hacer?

P: Me encantaría poderlo hacer eh... hace unos años atrás lo pensé, mis papás tienen casa en Molina... eh... pero eh... en ese tiempo siempre topaba con el tema de que la F. se enfermaba mucho y allá esta como la posta rural y pa' que los atiendan era como un show en urgencias y el tema del trabajo, como esas dos patitas eran complicadas

E: Entonces podríamos decir que no te has ido por esas dos cosas, el tema de los hijos

P: Por eso y porque ahora están grandes, entonces es...

E: Tienen su mundo

P: Tienen su mundo acá, entonces es súper complicado, es súper difícil

E: Y las actividades que tu realizas están cerca o lejos del lugar donde vives, por ejemplo, donde trabajas, de donde tus hijos estudian

P: Eh... a ver, el J. y la F. que son los más chicos estudian cerca, J. ... bueno los dos en Diego Silva, pero la F. está como a una cuadra y media y el J. está como a dos cuadras

E: ¿Están en colegios distintos los tres?

P: Están los tres en colegios distintos, eh... y la C. estudia en el centro en San Diego que está como pa' el otro lado de Santiago

E: Y tu trabajo ¿Queda cerca o lejos de tu casa?

P: No, mi trabajo queda cerca como 20 minutos, dependiendo del tráfico

E: ¿Cómo son los accesos a otro tipo de servicios, instituciones?

P: Si, hay supermercado, farmacia, tengo un consultorio súper cerca, el SAPU súper cerca

E: ¿Transporte público?

P: Una cuadra

E: Ya, ahora me gustaría saber ¿cómo son las relaciones entre las personas que viven en tu barrio?

P: Yo creo que eh... a pesar de que están estos grupos de... de estos chicos como que echaron a perder un poco, por decirlo así el tema del barrio, cuando ha habido problemas son como súper unidos. No sé, recuerdo el terremoto del 2010, que paso que hubieron muchos saqueos y en ese tiempo yo estaba en la casa de mis papás y me acuerdo que andaba gente por arriba de los techos y recuerdo haberles pedido a estos mismos chicos que me ayudaran y claro revisaron toda la casa, o sea en ese sentido como en los momentos de... estamos todos ahí. Yo creo que son puntuales los momentos en que queda la escoba, como ellos mismos están metidos en rehencillas de repente que es lo típico que cobren como venganza y obviamente como que no piensan en el resto de la gente y se agarran a balazos ahí mismo, son como los momentos complicados. Tampoco son a diario, pero... si uno tiene como ese temor de repente. Ahora yo tengo que confesar que soy súper confiada en mi casa, confió mucho en mis perros entonces yo soy de dejar la puerta sin llave y vivo en calle, entonces de repente dejo la puerta son llave durante el día y en la noche ya le pongo llave. En ese sentido soy súper confía, como que confío que los conozco y que no me va a pasar na'

E: O sea que no te van a hacer daño a ti que te conocen también

P: Claro, y si ven que mi va a pasar algo me van a defender y como que esas cosas las veo y veo, así como que eso ocurriría

E: Claro esas son situaciones excepcionales, una situación muy excepcional fue, por ejemplo, el tema del terremoto que tú le pediste ayuda a ellos y ellos respondieron ¿Qué pasa en el día a día?

P: Yo no estoy mucho en la casa, entonces no es mucho lo que comparto con ellos

E: Pero no solo con ellos, por ejemplo, con tus otros vecinos

P: Yo saludo por lo menos a los vecinos que conozco, siempre trato de saludarlos, conversamos y es gente adulta la mayoría, no hay mucha gente joven, casi todos son adultos. Entonces como que me conocen desde chica y uno siempre tiene una conversación con ellos, hay mucho cariño eh... y eso

E: Y más allá del saludo que me imagino es cordial

P: Como hola, ¿Cómo está? Y sería

E: ¿Qué nivel de relación dirías tu que tienes con tus vecinos?

P: Eh... me relaciono más con los vecinos, a ver... yo vivo en la casa de la esquina y ahí está el pasaje, me relaciono más con los vecinos del pasaje, más que con los que viven en la calle

E: Y qué nivel de relación, en el sentido de cercanos, lejanos, más o menos, conocidos ¿Dónde los pondrías tú?

P: No, cercanos o sea con los que yo me relaciono por lo menos, cercano

E: O sea que es gente a la que tu podrías acudir

P: Si

E: ¿En qué caso?

P: Yo creo que en cualquier caso que sea como complicado, eh... no sé si está pasando algo en la casa yo sé que van a correr, pero es como la gente adulta más que las personas de mi edad, es que tengo un tema porque los que son de mi edad o un poquito más grandes o un poquito más chicos, nosotras siempre fuimos como niñas muy de casa, entonces no veían como cuiquitas, entonces como que todavía esta esa barrera con el resto, entonces como que no nos relacionamos tantos, pero es por un tema de que fuimos como niñas de casa po` y mis papas son súper machistas, entonces eso

E: Entonces podrías acudir a tus vecinos en caso de que hubiera algún problema, por ejemplo, si tú quieres contar las cosas cotidianamente, pasar por la casa del vecino y comentarle como estuvo el día de trabajo

P: no, imposible llegar y hacer eso, menos como una cuadra más allá que vive mi amiga

E: Y además que tu familia es tu vecino Y ¿cómo Tu observas que se relacionan los otros vecinos?

P: No, pero en general no hay problema, son como todos de andar saludando, de conversar de repente afuera de la casa, hay una buena relación

E: ¿Tú crees que tu forma de relacionarte con los vecinos es generalizada? Es decir ¿todos saben que pueden contar con el otro?

P: Claro, si yo creo que pasa eso, en casos puntuales como que estamos todos ahí, pero en el diario vivir no. Yo creo que si sabe alguien de la vida del de mas allá yo creo que es más que nada por cahuín que porque tenga una relación, así como más cercana

E: Okey, bien continuemos entonces. ¿con que otras personas tú te relacionas además de tu familia?

P: Con mis compañeros de trabajo, soy como súper sociable, buena pa tirar la talla, pa conversar

E: Tu dirías que tienes muchas personas a las que acudir cuando lo necesites

P: No sé si mucha gente, a ver... si hablamos de cuando lo necesito en cuanto a que yo no me siento bien, soy como más pa dentro, cuando estoy como más de depre me aíso en general, de mi casa, de los niños, de todo. Pero a pesar de eso soy muy sociable entonces si comparto mucho con mis compañeros de trabajo, etc

E: ¿Y como son tus relaciones en tu trabajo?

P: Eh... son divertidas, o sea es que yo me refiero que me tienen vista como el payasito, eh... no se de repente salgo con alguna lesera y todos se ríen, bueno ahí me gano a la gente

E: Y ¿Qué ha significado ese lugar de trabajo para tu vida?

P: Yo creo que pa` mi es súper importante y ha sido como mi vida de escape en los momentos complicados, cuando he estado, así como muy mal, ya el hecho de levantarme y tener que trabajar es como ver otro mundo, no encerrarme tanto, no pensar tanto y no estresarme tanto en las cosas que tengo que hacer. Aunque igual sigan las cosas ahí dando vuelta, aunque uno tenga que llegar después a su realidad ha sido como importante

E: ¿El trabajo como vía de escape?

P: Como distracción

E: Okey y si retrocedemos un poco ¿Qué ha significado vivir en el barrio donde vives para tu vida?

P: Tengo recuerdos muy lindos de mi infancia, eh... yo diría que como hasta los 17 hay muy bueno recuerdos, muy buenas amistades que hasta el día de hoy están. Y eso, como que igual es importante el barrio. Yo siento que a pesar de los cambios que ha tenido ahora eh... yo lo pude disfrutar en sus buenos momentos, a lo mejor sin tanta, el tema de la invasión de la tecnología como que echó a perder muchas cosas o de tanta comodidad. No se po, yo me crié en el pasaje de tierra, no pavimentado y eh... en un tiempo en que había un televisor en casa, entonces eh... uno jugaba, uno inventaba juegos, yo tengo como muy buenos recuerdos de eso y de las amistades que hice acá. Por ejemplo, ir yo a casas, cosas que a uno también ahora le cuesta soltar a sus hijos para que vayan a otras casas, por lo menos a mí me cuesta mucho. Entonces me acuerdo que yo pasaba mucho en la casa de mis amigos, y compartía con sus papas y mis amigos iban mucho a mi casa, como que son cosas que ahora los niños están más solos porque están metidos en el mundo de la tecnología, la tecnología los tiene muy... no sé cómo decirlo

E: La tecnología los dejó más en la casa que....

P: Que fuera, que interactúen, no los deja pensar mucho tampoco

E: Así lo has vivido tú al menos

P: Si yo me acuerdo que mi infancia fue mucho más rica que la que tuvieron mis hijos

E: Y eso tiene que ver me dices, con la tecnología, pero también con el barrio

P: Si, también la calidad de vida del barrio, antes uno podía salir solo a jugar y ahora es más difícil, hay muchas más eh... mucha, mucha más gente extra que perjudican el barrio, entonces de que no anden corriendo, en la noche como te decía pueden haber balazos, pueden atropellar y entonces ya uno prefiere tenerlos en la casa y salir por ahí, y si uno puede salir a un parque, ideal, tampoco hay muchos parques entonces difícil

E: ¿No hay muchas áreas verdes cerca de tu casa?

P: No, ahora creo que en Pedro Fontova van a poner esos típicos juegos donde ponen las máquinas de ejercicios y creo que irán a poner de esos en el centro y ahí tendría que bajar unas cuadras

E: Pero además los parques te quedan lejos

P: Tengo el parque santa Mónica que está en zapadores, eh... la plaza que está en la, UNESCO escuela UNESCO y después como placitas chicas que las amononan un poco en estas placitas de ejercicio, esas están como cerca de la casa.

E: Hasta ahora hemos estado hablando un poco de tu familia, tu barrio y de tu trabajo ¿A quiénes tu acudes cuando te enfrentas a una dificultad?

P: Depende de la dificultad

E: A ver, vamos dificultad por dificultad, por ejemplo, alguna dificultad económica

P: A mis papás, si ellos son los que están ahí, aunque tengo un tema de orgullo con la plata como súper grande, entonces como que me las trato de arreglar sola

E: ¿Entonces son el último recurso?

P: Si, cuando ya estoy como demasiado, este año me ha tocado porque antes no me había tocado pasarlo, este año con el tema de la separación ha sido complejo, se me ha hecho difícil el hecho de pagar arriendo, ver supermercado, ver feria, pagar colegio, colaciones, micro

E: Si entiendo, separarte ha hecho que tengas que ordenar todo de forma, así como reorganizar todas las cosas

P: Si y es que además quedé como muy endeudada, entonces se han tenido que hacer cargo ellos, o sea yo les voy pagando, pero eh... es complejo porque eran deudas en conjunto y que algunas eran yo diría que mi sueldo completo

E: Entonces me imagino ha sido difícil y donde te has enfrentado a un escenario distinto a otros años....

P: Horrible ha sido horrible, me he visto, así como angustia, eh.... Con mucha confusión, con más mañas

E: Que bueno que mencionaste esto, porque justo te iba a preguntar ¿qué impacto tiene eso en cómo estás tú?

P: No. Es complicado, es que es eh... lo que me da rabia es el hecho de verme, es que no me considero una persona mala y siento que a lo mejor si ahora me siento mala estoy haciendo lo que debería haber hecho y hace mucho tiempo que no lo hice. Eh... entonces el verme en algún momento complicada hasta pa` ir para cargar la bip si me ha hecho sentirme horrible, horrible. De repente no tener las lucas pa` comprarles un par zapatos a los niños es bien trágico y no soy una mujer, agradezco que no soy una mujer ropera ni buena pa` comprarme cosas porque yo creo que ahí habría sido más difícil todavía y tampoco soy una persona que la plata sea muy importante en mi vida. Siento que este año me paso eso que es como importante tener el control de que las lucas no me falten y eso me produce angustia, me produce rabia porque no soy así, entonces siempre he sido así como con la plata súper desprecupá, de hecho, jamás ando como con la billetera en la mano, mi monedero anda siempre en cualquier lado, mi billetera anda siempre en cualquier lado (risas). Entonces eso si eso si me ha hecho mal y lo peor es que el papá de los enanos, siente que me humillo pidiéndole plata, me siento humillada pidiéndole plata, aunque sea su responsabilidad, pero... eh... me costó mucho mucho y aun así siento que me da... eh... nada de dinero para tres niños y lo pa` todas las deudas que él sabía que... él estaba al tanto de todo. Porque con los dos sueldos andábamos...

E: El tenía me imagino dificultades también legales. O sea, en el último ¿has enfrentado dificultades también legales?

P: Si, si hace un año, desde el 2 de enero en adelante ha sido un año complicado

E: ¿A quiénes has acudido para enfrentar estas dificultades por ejemplo?

P: Eh... en una primera instancia cuando me entero del tema puntual de los niños fue con mi hermana, em... y después obviamente fue hacer denuncia y después aferrarme a la psicóloga que me atendía. El hecho de ver temas, por ejemplo, el tema visitas, el tema pensión, recién hace dos semanas termine el tema de las visitas que era algo que me tenía sumamente angustiada, complicada y gracias a dios... el insistió en las visitas, pero en el juicio desistió de las visitas. Que eso igual ya me tranquilizo bastante, pero no, ha sido complicado en todo sentido, ha sido como un año difícil pero que ha tenido momentos buenos también, pero ha sido súper difícil, súper difícil

E: Me imagino que si, además ha sido unos años en el que has tenido que rearmar muchas cosas que estaban armadas de otra forma

P: recurrir a mi mamá también

E: ¿Cómo? Disculpa

P: Recurrir a que mi mamá me ayudara más con los niños, eh... soltarlos porque para era un tema el hecho de la C. este año se cambió de colegio y ella no salía a ninguna parte sola y verla que ya está como tan grande y que se maneja en el metro y se maneja en la micro. Eh... el hecho de que la F. tratar de apoyarla para que ella avance, eh.... Dejo de hacer pataletas que era harto, yo creo que conforme estoy conforme (se emociona) como que me cuesta a mi llegar a como decir eso, pero si

E: ¿Y frente a las dificultades de salud a quien recurres?

P: servicios, como que ya tengo súper claro que si a la F. le da crisis asmáticas hay un momento que necesita si o si oxígeno o hidrocortisona a la vena y en ese momento la llevo a la urgencia

E: Tienes como cierta costumbre o al menos sabes que cuando tus hijos frente a una determinada dificultad requieren ir a urgencias

P: Claro como que ya tengo... la F. puede estar siempre con tos y con fiebre eh... entonces como que mis oídos son biónicos en ese caso y yo con el oído ya empiezo a cachar si es que necesita o no necesita, porque tiene un escándalo adentro igual

E: Primero tú te aseguras

P: Claro y uno ya sabe que cosas hacer, si es un tema de crisis asmática uno ya tiene la costumbre y sabe que tiene que usar más el inhalador y tiene que tratar de bajar un poco el tema de los ejercicios y todo

E: ¿Qué pasa cuando tú tienes una dificultad de salud?

P: Soy bien práctica, si siento que... me ha pasado más que nada el tema de que me duela mucho la garganta, me duela mucho el cuerpo voy a la posta a que me pinchen y terminar rapidito con el tema. Y con respecto a otros temas tengo mis médicos... yo soy media enfermita y me ve el tema de la tiroides y el tema del azúcar y porque a raíz de todo lo que me paso el año pasado se me desencadenó una resistencia a la insulina, entonces eh... y llegar al tema de la diabetes es más complejo porque tengo que estar con exámenes más seguidos, tengo un nódulo que tengo que estar estudiando cada cierto tiempo y eso. Pero generalmente como que me pongo sola, siento que tengo el umbral del dolor bastante alto, entonces como que de repente aguanto hartito

E: Eh... Salud mental

P: Hasta el año pasado he estado psiquiatra

E: ¿Has estado en el psiquiátrico?

P: Si, un año y algo, un año el psiquiatra

E: ¿Por qué motivo?

P: Por una depresión grave

E: Y esto ¿desde que año te controlabas allá?

P: 2013, 2013, 2014

E: Y ahí me dices que tuviste una depresión grave e intentos de suicidio. Y ahí comenzaste con el tratamiento

P: Si al principio fue acá (cosam) y de ahí me derivaron a psiquiatra porque era, por el tema de que fuera depresión grave como que se escapaba de las manos de la atención de acá y me derivaron al psiquiátrico (risas), fue lo peor nunca se me va a olvidar ese día, yo lloraba porque la doctora me decía "yo te voy a mandar de acá en una ambulancia" y me iban a dejar allá hospitalizada y pa mi... no tenía quien viniera a consolarme porque mis papás estaban trabajando, mi hermana trabajaba, todos trabajaban, entonces fue como

E: ¿Y tú estabas de acuerdo con esa derivación?

P: Eh... yo no tenía miedo de ir al psiquiátrico, si tu preguntas pa mí fue una etapa re complicada

E: ¿Cuál era tu miedo?

P: Eh... era el espacio, es muy fuerte estar ahí metida, súper fuerte, entonces

E: ¿A qué te refieres con que era el espacio?

P: Del lugar, porque la mayoría de la gente que va al psiquiátrico esta todo junto, entonces uno se topaba con gente esquizofrénica, con gente con depresión que estaba muy mal, yo creo que yo estaba igual, eh... entonces fuertes las imágenes. De hecho, yo nunca quise que ninguno de los niños me acompañara allá

E: ¿Nunca te quedaste internada allá?

P: Eh... me salí tres veces, por cama, porque no quise, porque o me volvía trabajar o me internaba y me metí a trabajar

E: ¿Esas fueron las opciones que te dieron?

P: Me dijeron "esta es la última licencia, o vuelves a trabajar o te internas" la otra vez fue que llegue a la urgencia y no habían camas y la otra fue en el control que el medico vio que estaba muy descontrolado el tema, me iban a hospitalizar y tuve que firmar unos papeles y desistí

E: Okey, desististe de hospitalizarte en esa oportunidad, la pregunta entonces era ¿A quiénes recurres cuando tienes una dificultad de salud mental? Quiere decir que en esa oportunidad ya recurriste a las instituciones y las instituciones te fueron guiando, te tienes que ir por acá o por el otro lado, em... cuando son situaciones menos graves quizás, la misma pregunta y si actualmente sigues en control allá o aquí

P: Sigo en control aquí, no me derivaron, yo deje de ir allá

E: Abandonaste allá

P: Esto es por el tema de VIF, me hicieron como una derivación interna

E: A que otra red podríamos decir que recurres cuando tienes un problema de salud mental

P: A mis amistades, es que tengo dos amigas, bueno tres. Mi hermana, una es mi hermana, otra que vive cerca de mi casa y otra que es del trabajo, eh... depende de la situación y depende del momento, por lo general la que está más cerca es mi hermana que me ha visto así peor y muchas veces le he dicho yo "no quiero permanecer más en esto, quiero desaparecer de la historia" me ha pasado mucho eh... creo que este año he sido muy fuerte y de hecho verme así tan fuerte igual me da como susto, porque me puedo ir al suelo. Como que me sorprende, pero me da miedo que en algún momento me pueda caer y no me pueda parar

E: ¿Qué te ayuda cuando sientes esa inseguridad?

P: Eh... el hecho de que ahora mis hijos dependen de mí no más y que no le puedo dar la licencia al papá de irse con ellos

E: También hay algo de aferrarte a tus hijos también y ¿Qué significan estas amistades para ti en términos de salud?

P: No han sido importante y a lo mejor hacerme parar y ver el vaso medio lleno, porque cuando uno está con depre uno tiende a ver todo lo malo y no ve como las salidas posibles. Sí, yo creo que a mí me costó mucho como ver las luces y a lo mejor irme pa el lado más claro, tuvieron que ayudarme y me costó hartito, pero... yo le doy gracias a estas personas que fueron las que "vamos, no te podí caer están los enanos" y me tienen a mí no más po`

E: Bien, tu perteneces a algún grupo social, por ejemplo, centro de madres, junta de vecinos

P: Nada

E: En el trabajo tampoco perteneces a ningún grupo, sindicatos

P: Pastoral, del trabajo

E: Ahí hay algún grupo, viste

P: Ah, sí pero es que el grupo pastoral es una vez a las mil quinientas y este años con suerte nos hemos juntado cuatro veces

E: ¿Es un grupo significativo para ti?

P: No

E: ya, hay algún grupo que tú digas que para ti es significativo

P: Que esté, no

E: Ya, porque no has querido estar en un grupo

P: Porque no tengo tiempo, porque no he podido

E: ¿Tu quisieras estar en un grupo?

P: sí, si pudiera sí. No está dentro de mis prioridades sí

E: ¿Alguna vez has participado en un grupo que haya sido significativo en tu vida?

P: mmm... o sea ya más a lo mejor desde el grupo de apoderados que fueron más movidos en el colegio

E: En el colegio siempre se forman grupos de papas

P: Claro, ahí no trabajaba entonces ahí claro po, metida en todo y todo por el curso

E: Eras de las mamás que estaban metidas en la organización de las actividades para los niños

P: Me disfrazaba, es que todo lo que tenga que ver con cosas para los niños, yo sé que para los niños es súper importante ver a los papás ahí

E: Como que los niños vieran que su mamá estaba comprometida

P: O sea claro, ver a su mamá disfrazada es un chiste po`

E: Eso era un lugar donde tus participabas, pero tenía que ver con participar para tus hijos. Has estado en algún grupo que tenga que ver con algo que a ti te gustaba

P: Alcancé, por ejemplo, a ir a zumba un momento y caí con el tema de la depre y ahí ya no. Fue en el año 2012-2013

E: ¿Qué rol crees tú que pueden tener los grupos sociales en la vida de las personas?

P: No yo creo que son súper importantes pa` eh... en el sentido de abrir un poco a las personas, para las mujeres que son dueñas de casa tener como una vida más social, salir un poco de su círculo que es su casa, porque yo encuentro que en un grupo uno igual puede encontrar algunas amistades

E: Pero en tu vida este año no lo has puesto como una prioridad

P: Es que este año estoy con ganas de, es que a lo mejor el tiempo incluso puede que venga el próximo año, pero estoy tratando de quedarme en mi casa y acostarme un día sábado en la tarde, por ejemplo, y ver una película y no hacer nada

E: O sea, podríamos decir que tienes ganas de que

P: de ser vaga (risas), de no hacer nada

E: Si pudiéramos traducir eso un poco, sería como poder descansar del trabajo, de las preocupaciones y es como guardarse un poquito

P: Sí, de hecho, muchas veces he hecho el comentario de estar enferma y no ser capaz de quedarme en la cama para estar con la obligación de quedarme en la cama. Y, por ejemplo, este año estuve una semana 10 días con un lumbago, pero me levanto igual, leseo igual y hago las cosas igual

E: Hablando sobre eso un momento, justamente porque tiene que ver con esto de estar enfermo en una situación donde no te dejan estar enferma

P: Claro no es que me cueste, yo creo que es que yo no lo permito, yo soy una persona que me ha tocado ver casos de hombres o de mujeres que están resfriados y están tirados en la cama muriéndose, a mí me molestan esas personas así. Eh... entonces cuando yo estoy enferma, yo estoy haciendo las cosas y a lo mejor no voy a hacer las cosas al mismo ritmo, pero las hago. O sea, con el lumbago hacer una cama es terrible, pero de alguna manera las hago igual

E: Te las arreglas, hablemos un momento sobre que experiencias tienes tú en las instituciones de salud en general ¿Qué impresión tienes tú sobre las instituciones de salud?

P: Yo creo, a ver yo no he tenido malas experiencias exceptuando un par de ocasiones a lo mejor en una urgencia de algún hospital más que del SAPU, lo cierto es que, pasando el umbral de la urgencia, en una hospitalización, por ejemplo, en otros no. Y en términos de urgencia debe ser por lo que conlleva una urgencia, o sea el estrés que hay dentro de una sala de urgencia podría ser lo único que a mí no me gusta del tema de la salud, el tema de esperar mucho. Pero yo soy como súper consciente y yo sé que si voy al consultorio voy a tener que esperar y espero no más. Si tú vas a un lugar particular y tienes que pagar, igual tienes que esperar. Me pasa que veo mucha gente que alega por el tema de esperar y a mí me molesta porque siento que... y dicen ay claro si yo pagara no tendría que esperar todo esto. Y siento que o esa señora nunca ha ido aun medico particular en invierno porque uno, aunque pague igual tiene que esperar. A lo mejor va esperar un poco menos pero igual tiene que esperar, si uno va a una urgencia de una clínica igual tiene que esperar a excepción del San José que si es un asco, está claro que es un asco la urgencia del San José, me toco ir con la C. este año y fue terrible

E: ¿Cómo FUE?

P: Eh... mucho rato de espera y a los traumatólogos los llaman aparte y tiene a hacer un poco más larga la atención, yo habré llegado a las 6 de la tarde y estuve de vuelta en la casa a las 12 de la noche

E: O sea al menos 6 horas

P: Sin ninguna solución muy clara

E: Una de las impresiones de las instituciones tiene que ver con este tema que es esperar, tú tienes una posición respecto de eso

P: O sea yo espero, obviamente de repente me molesta esperar, pero por lo general tengo esa capacidad de esperar. Y soy muy pasiva

E: ¿Pasiva o Paciente?

P: O sea tampoco me pongo a pelear

E: ah, okey como pasiva de esperar a que te den las instrucciones

P: Claro o si ya es mucho me acerco, pero no soy una persona agresiva que dice "¡hey porque no me han atendido!"

E: ¿Qué otros elementos hay que tú digas esta es mi impresión sobre las instituciones de salud?

P: mmm... siento que en el país se debería a lo mejor, bastante mejor en los casos de las enfermedades raras se le da prioridad a otra cosa

E: Porque no hay suficiente financiamiento

P: Si, entre costear una enfermedad un síndrome, no se po de mellier y costear un bypass gástrico de una persona obesa, encuentro que deberían costear un niño que tenga una enfermedad rara en ese caso que es cara y a lo mejor ayudar a la otra persona para que baje de peso, pero no ponerle un bypass porque en el bypass claro le van achicar el estómago, pero si la persona no cambia sus hábitos de uno u otro modo va a llegar de nuevo a lo mismo

E: Es como si me dijeras que hay que definir las prioridades y ¿Qué impresión tienes de las instituciones de salud en términos de su atención?

P: Es que yo en general no tengo problemas, y eso ha pasado muchas veces en el último año sobre todo por acá y yo no he tenido problemas, como que me choque algo en una institución de salud

E: ¿Y las instituciones de salud mental?

P: tampoco me gustan los lugares

E: ¿Cómo la experiencia que tuviste en el hospital?

P: sí

E: Hablemos un momento sobre esta institución de salud mental

P: COSAM

E: Del COSAM si ¿Qué impresiones tienes sobre esta institución?

P: Eh... yo creo que ayuda a mucha gente, lo especialistas que hay son buenos, eh... si me molesto mucho cuando me derivaron al hospital. Ahora lo puedo entender, pero en ese momento para mí fue terrible. Eh... siento que quizás se podría... ver un tema con los psiquiatras y los medicamentos, a lo mejor abordar de otra manera el tema de los medicamentos de las personas. Yo en mi periodo de depre tome muchos medicamentos, hace como 3 años

E: Desde que pasaste por esta crisis mucho medicamento

P: Sí, o sea mañana, tarde y noche y yo era un ente, siento que no me sirvió porque yo lo único que hacía era dormir, porque no me podía el cuerpo, cuando estaba en pie o despierta, yo... eran crisis de llanto. Siento... me paso que me cambiaron y me fueron metiendo medicamento, metiendo medicamento y no, no logre tener alguno que me sintiera que andaba bien. Incluso este año que fui a un psiquiatra particular que según él me estaba dando los... y me dice "no tu necesita medicamentos, es que es así" y bla bla, eh... "te voy a dar estos que son súper suaves y media pastilla" siento que a lo mejor hay personas que le pueden funcionar súper bien los medicamentos y que a lo mejor su cuerpo es más resistente, pero en mi caso personal el tema de los medicamentos fue pésima y yo no me daba cuenta y este año lo veo más, este año lo he visto más a lo mejor que como yo me siento, pero por cómo me veía la gente... empastillá. O sea, mi hermana se asustaba con mi cara, mi cara era otra, no se tenía los ojos hundidos, mi cara era otra cara. Y me paso la semana pasada que fui a matricular al J. al colegio y me topé con una profesora de primero básico que siempre la saludaba y me miraba y me decía "usted esta súper bien, usted era un zombie cuando venía acá". Entonces son como sentimientos encontrados que me dan, como que rico que la gente vea que yo ahora estoy mejor, pero que pena como me vieron en algún momento. Yo empecé a trabajar y deje las pastillas de lado, creo que las tome una semana y me fue imposible trabajar y ahí fue que deje de ir al psiquiatra y toda la cuestión. Tengo amistades que han estado con depre últimamente y han estado tomando pastillas y yo trato de decirles "prueba con cosas naturales, has un rito, no sé, pero no te empastillí" mi... mi... lo que yo viví, fue terrible.

E: Tú dices incluso, mi cara no era mi cara

P: No, mi cara era otra cara, no sé yo me imagino que cuando iba al psiquiátrico, esta gente que esta como muy dopá pero muy dopá, así pero mal. De hecho, recuerdo haber llegado dopa al psiquiátrico a la urgencia y que además iba con crisis de angustia, me inyectaban y la última vez estuve todo el día metida en el psiquiátrico y nadie supo nada mío, yo me levante a trabajar, nunca más fui a trabajar, fui al psiquiátrico y me quede hasta las 9 de la noche, hasta las 9 me quede. Y estuve como tres días borra, no supe...

E: ¿Con una inyección?

P: Si me inyectaron a la vena, me botaron, así de potente, 3 días que yo no me acuerdo, no me acuerdo y...

E: ¿Qué significa esa experiencia para ti hoy en día, mirándola?

P: Angustiante, yo de hecho le tengo dicho a la C. que es la más grande, con la que converso más y es la que me ha visto como más así "hija si tú me vei mal de nuevo en algún momento eh... por favor quítame el teléfono" porque me llegaban WhatsApp y yo respondía esos WhatsApp con audios, porque no era capaz. Yo estaba parada y caminaba y decía cosas que no me acuerdo, entonces yo contestaba con audios porque no era capaz de escribir y hablaba pésimo po` y asustaba a la gente que estaba al otro lado, estaban todos preocupados por mí, entonces ella tiene súper claro que tiene que quitarme el teléfono.

E: O sea los medicamentos tuvo efectos directo en la relación que tu tenías con las personas

P: Sí, es que yo era otra persona, pero no se

E: y antes de empezar a tomar los medicamentos ¿Qué estabas sintiendo ahí? Que detono estas situaciones

P: Sentía que donde estaba no le servía a nadie, lo único que quería era morirme y ya había pasado por un intento de suicidio antes, entonces era...

E: Y en ese contexto me imagino que tenía directa repercusión con tus relaciones sociales, tu familia, etc.

P: Si y tenía mucho que ver con las relaciones que había en mi casa también, con los problemas que había en mi casa, entonces no podía, no podía nadar contra la corriente. Entonces ya como que mis fuerzas... fui muy fuerte muchos años en que me callé violencia, en que me callé pena, en que me calle... yo siempre mostrando al resto de que éramos una familia feliz eh... un momento y yo creo que fue más que nada por las cosas que le fueron pasando a la F. que no pudieron responder en el colegio, que me sentía como incomprendida del resto, me la criticaban mucho y que no entendían que a ella si le costaba, que ella efectivamente tenía problemas y que estos problemas habían sido causa de que mi embarazo fue malo, yo en mi embarazo viví mucha violencia intrafamiliar, después también viví mucha violencia intrafamiliar, entonces fue como todo al fin por la F. y yo tenía mucha rabia contra él, porque sentía que él no pescaba, o sea no si él podía decirle a la F. que todas las cosas son por su culpa, él se las gritaba. Entonces yo lo que más trataba de hacer es protegerlos po`, era protegerlos y siempre hacer las cosas como pa` evitar que hubiese más problemas, evitar peleas, entonces hubo un momento en que todo eso ya me pasa la cuenta. El haber vivido tantas cosas así y ahí fue como que me quedo la escoba po`. Y a parte estar trabajando, entonces llevar la casa y llevar el trabajo era hacerme cargo de ir al médico, de pedir permiso al colegio porque tengo que ir con la F. al hospital, eran reuniones de repente dos reuniones juntas y tenía que irme porque había que hacer, era como que volvía a sentir lo mismo y él no lo entendía así. Entonces todo eso fue como

E: Hubo un momento en que ya no sabías por donde, justamente ahora quería preguntarte ¿Cuándo dirías tu que una persona siente una sensación de malestar?

P: No estar conforme mentalmente (pausa) en mi caso yo creo que el hecho de estar muy intolerante, el que me molestaran mis hijos, no quería ver a mis hijos, no quería llegar a mi casa, mi cara cambiaba automáticamente al llegar a mi casa. El tener esta pena y llorar y no saber porque lloraba, de repente era pelear con todo el mundo, a mi todo me molestaba, entonces y yo creo que más que nada llorar sin saber porque llorai, sin poder explicar un motivo puntual o sea yo estuve mucho tiempo pensando porque yo estaba así. Eran tantas cosas que no sabía cuál de todas estas cosas era la que me tenía así.

E: Entonces uno estaría mal cuando esta con cierta sensación de no saber qué le pasa, como de no entender y además no saber qué hacer

P: Claro yo una vez pa` (incomprensible), mi cuerpo no me lo podía y sin estar tomando ningún medicamento (incomprensible) y de verdad me importaba un resto los niños, o sea me importaba nada los niños, me importaba nada si comían, si no comían, eh era tanto lo que me estaba encerrando que me importaba estar en... sufrir, llorar y botar toda esa rabia y toda esa pena que tenía

E: Ahí tu podrías decir que conociste lo que es estar mal de salud digamos

P: Ahora estuve dos meses tirada en la cama y ni siquiera bañarme y yo soy súper maniática, eh... podían pasar fácilmente 4 días sin que yo me bañara, no me bañaba, o sea como mal

E: Pasemos a ver ahora que es lo que es para ti tener una sensación de bienestar, o sea estar bien

P: Poder compartir, poder reírte porque te quieres reír no porque quieres ponerte una máscara para que toda la gente te vea feliz en la vida eh... el compartir con el resto, el tratar deshacer cosas diferentes. Yo bueno, tome como opción el no pensar, era como esa mi opción, no voy a pensar nada

E: ¿A qué te refieres con no pensar nada?

P: En el sentido que pensar es darle vuelta mucho a las cosas en la cabeza y me jugaba en contra, me iba pal otro lado, si hago esto pasa esto y como que me predisponía a muchas cosas, entonces como ya, empieza a vivir el momento no más y que salga lo que salga no más, no planifiqué tanto

E: Entonces tu me dices que tener una sensación de bienestar tiene mucho que ver con poder compartir, con querer hacer cosas nuevas

P: Claro, el no querer estar tirado en una cama, claro aunque no quiere decir que no tenga periodos que lo único que quisiera es estar tira en mi cama y que nadie me molestara, pero han sido mucho menos, aunque me ha costado han sido mucho menos

E: Cuando han ocurrido estos episodios, podríamos decir mini momentos ¿Cómo has logrado que sean solo momentos?

P: Es como darme el permiso a lo mejor de llorar mucho rato, pero tenía que parar y mirar alrededor, como que hay logrado todo esto, eh... tenía algo aquí, el tema de la C. para mí ha sido como súper puntual yo siento que ella ha pasado muchas cosas y que las ha escondido mucho por mí, entonces llorar de repente. Porque soy tu la que les tiene que ayudar a ellos, no ellos a ti, pero si tengo permitido llorar de vez en cuando hasta que me canse, trato de hacerlo cuando ya están acostados, me voy a dar una ducha y lloro un rato, como he tratado de llevarlo así

E: ¿Eso es como liberador?

P: Si liberar como que aliviaba mucho

E: En general ¿Qué medios ocupas tu para sortear dificultades de salud mental?

P: El hacer cosas diferentes, el no encerrarme, el tratar me cuesta, pero "ya mandémonos a cambiar todo el día al parque"

E: Okey ¿Qué relación dirías tu que tiene que tener el especialista en salud mental con las dificultades que se le presentan a las personas?

P: Eh... yo creo que tuve la suerte, a mí me atendió mucho tiempo Ja. en un periodo malo y me sentí súper segura con él, de hecho, yo todavía tengo como esa cercanía con él y si lo veo un abrazo y él lo mismo, entonces como sentirse escuchada, sentirse entendida como en una posición empática pero tampoco el que la hagan sentir víctima. Como que tenga la capacidad de escucharme y a lo mejor encontrarme la razón en varias cosas, pero también eh... el decirme sabí que aquí a lo mejor sale otra vuelta a este tema, quizás no es tan así como tú lo estoy viendo o que pasaría si esto fuera así, como abrirle a uno la mente, cuando uno ya está muy encerrada en sí misma, entonces a lo mejor mostrarle los diferentes planos de la situación o las diferentes salidas que uno puede tener o los diferentes caminos que uno puede tomar, al final es uno el que tiene que decidir, si al final no sacamos nada con venir al psicólogo si no vamos a tomar decisiones

E: ¿Entonces las decisiones las sigue tomando la persona que tiene los problemas? Y por lo que te entiendo el rol del especialista es permitir que....

P: Que uno pueda ver todos los caminos

E: Claro, que se abran un poco las posibilidades o usando un poco las palabras que tu decías, si estás viendo todo negro que hayan algunos espacios más claros, luego entiendo que lo que le toca a la persona que está viviendo los problemas es....

P: querer asumir y querer hacer algo al respecto porque si no no sirve de mucho

E: Y qué relación debería construirse entre un especialista y el usuario

P: Yo creo que debería haber confianza, porque hay psicólogos con los que uno no tiene la confianza no más, la confianza, la empatía, a lo mejor el hacerte sentir escuchado y comprendido por otra persona. Pero no tampoco sentirse víctima es como eso porque al final también uno tiende a hacerse muy la víctima de las cosas, entonces es complicado

E: Tiene que haber una relación de confianza, pero también no de no participar

P: Claro, si porque si no también uno siente que no va hacer nada, sentarse y mirar a alguien y escuchar, porque si no pierde como el sentido, uno siente que el otro esta aburrido no se po

E: Hablemos unos minutos entonces ahora sobre lo que fue para ti participar en el grupo que armo esta intervención final que hicimos hace una semana atrás

P: A ver yo lo encontré súper entretenido porque siempre es bueno eh... estar con más personas ya lo mejor ver lo que van viviendo las otras personas y darse cuenta de que la mayoría tenemos los mismos problemas a lo mejor en dimensiones diferentes y... que siempre es bueno escucharla, escuchar y sentirse escuchado, compartir vivencias, ha sido un cambio en la semana, el venir y a lo mejor conversa y llegar a temas puntuales a mí me gusto

E: ¿Cuál es el cambio que ha sido en la semana?

P: El hecho de darse un tiempo para uno y conversar cosas que a uno como mamá o como papá de repente nos tiene afligidos y ver que todos pasamos lo mismo, eh... da un descanso po y ayuda también para asumir la (incomprensible)

E: Y ¿Eso también se puede extender a los talleres del programa?

P: Si yo creo igual, o sea también participé de alguno de esos talleres y era... era rico escuchar eh... que uno no está sola y viendo como otros papás manejan las situaciones y como se puede ir adoptando en su diario vivir

E: ¿Qué te pareció el rol que tomaban los representantes de la institución en estas dos áreas como en el grupo participativo y el taller?

P: No yo encontré súper bueno el hecho de sentirse cercano porque al final, tuvimos una relación súper cercana, el poder conversar diferentes temas y llegar como a, como de un tema salían muchos y fijarse que al final con la ayuda de ustedes claro lográbamos ver que estos también tenían como relación con uno eh... fue una buena experiencia. Fue bastante cercana

E: ¿Qué comentarios podrías hacer sobre la relación cercana de parte de las personas que trabajan en una institución con los usuarios?

P: El hecho de trabajar para crear algo crea una relación diferente que cuando uno está frente al psicólogo, que de lo que se habla son de problemas todo el rato y recibir como un tipo de tips, entonces el hecho de crear y entrar como en debate de ciertos temas lo encontré buenísimo

E: ¿Hay algunos momentos que te hayan dejado pensando particularmente o dándole vuelta a algo?

P: Yo creo el darme cuenta ya en las últimas sesiones que la mayoría de las cosas que hicimos con el arbolito nos llevaban a lo mismo y que eso fue el tema principal de la jornada eh... si me quedo dando vuelta y si tuviésemos más comunicación cambiarían tantas cosas, si tuviéramos más comunicación cambiarían muchas cosas y cuesta llegar a eso, entonces eso

E: ¿Cómo lo evaluarías en general la intervención que hicimos y el proceso de haberla creado en conjunto? Pero también el resultado

P: Yo creo que fue una súper buena experiencia, eh...no se dan, no se tienden a dar típicamente, entonces fue algo nuevo, entretenido y me gusto, yo creo que se notó que me gusto

E: ¿Hay alguna cosa que te pareció que se podía mejorar?

P: em... bueno yo creo que el tema de la actividad en sí, fue lo que menos paso porque me da mucha risa, pero claro era el tema de la comunicación familiar y me pasaba que nosotros nos demoramos mucho y yo trataba de decirle a los enanos "ya pero si la idea es que trabajemos en grupo" y fue complicado porque se pusieron muy detallistas y ahí cuesta, o sea cuesta llevar y no lo tenía pensado, yo lo tenía planificado así como tan perfecto a ejercerlo y eso me costó.

Lo que estaba planificado en sí, hacerlo fue si fue igual difícil, o sea yo lo veía como algo súper fácil

E: ¿Cómo la comunicación?

P: Claro, como algo tan qué claro somos todos diferentes, todos tenemos caracteres diferentes y mi hija mayor que es como cotica pa sus cosas

E: ¿Se te hizo difícil?

P: Si me costo

E: Bueno justamente si tú te acuerdas, justamente eso habíamos pensado si tú te sientas a conversar sobre la comunicación o sobre los temas, pero en un momento definimos en conjunto que era más útil hacerlo y poner en juego esa cuestión ahí, donde las familias tuvieran que comunicarse

P: Fue complicado, pero se logro

E: Bueno hay hartas cosas que me imagino que son difíciles también de hacer y que ocurren también en estos espacios, como las cosas que ocurren en la psicoterapia que después son difíciles de pasar a la realidad o a la acción. Para terminar M. te voy a hacer una última pregunta. Cuando tú estabas en la actividad y viste la cantidad de familias que llegaron y que vino mucha más gente de la que esperábamos y se nos hizo poca la comida o los materiales, tuvimos que hacer cosas sobre la marcha ¿Cuándo viste eso sentiste que esta actividad te pertenecía un poco?

P: Si quede sorprendida porque no era una cosa obligatoria, no era una actividad obligatoria, entonces igual ver que llegaron muchas personas fue como ¡guau! Fue como el pensar que claro se necesitan más cosas así, más cosas didácticas, más cosas entretenidas para hacer llamando a las personas. Si totalmente parte de la actividad, totalmente parte, fue un hijo más (risas) siento que se planifico durante muy poco tiempo, dos tres meses, entonces fue rico igual que la gente lo disfrutara y que hicieran con tanto cariño su arbolito

E: ¿Harías de nuevo una actividad como esta? ¿la recomendarías?

P: Si

E: Que bueno, pero ya para ir cerrando a lo mejor cerrar con la idea de que nosotros lo que hicimos ahí fue como una pequeña experiencia como para probar cosas, invitar gente, pero la idea no es que sea una anécdota sino que dejar como un bichito un poco, una inquietud, no solamente aquí en el COSAM sino que dejar la inquietud a los usuarios y que en un momento una usuaria pueda venir a molestar y decir oye que pasa que no estamos haciendo nada, o sea que como que uno puede ser un poquito más patuo a partir de ahora. Te agradecemos por la entrevista y por la participación tan activa

P: Gracias a ustedes por invitarme a participar

Nombre del archivo: Entrevista 2

Lugar de la entrevista: Conchalí

Participante: Mujer, usuaria programa infanto-juvenil COSAM

Entrevistador: F. V.

Fecha: Diciembre 2016

Duración: 54:03

(E) – (P): Entrevistador – Participante

E: Mira primero me gustaría que me pudieras contar algo sobre tu historia, quien eres, a que te dedicas y quien compone tu familia

P: Ya mira, soy mamá de dos criaturas, estoy casada hace 25 años eh... a que me dedico, no sé si yo te comenté que yo había cambiado hace poco de trabajo, yo tenía un trabajo muy diferente al que tengo ahora. Eh... trabajo en un colegio de auxiliar de aseo eh... estoy súper contenta con mi trabajo, eh...a ver que más te puedo contar. Al salir de mi trabajo ciertas cosas en mi matrimonio como todos los matrimonios...

E: ¿Qué personas componen tu familia?

P: mi marido y mis dos hijas

E: ¿Cómo se llama cada uno?

P: Mi marido se llama ---, la mayor se llama ***que tiene 23 años y la === que tiene 13

E: Y me estás diciendo entonces sobre tu trabajo que estas bien agradada en tu trabajo

P: Si, estoy bien contenta porque yo siempre fui muy cooperadora en el colegio, de participativa digamos no de cooperar materialmente sino de participativa en las actividades del colegio porque el colegio tiene muchas actividades. Entonces ahora estoy como... dentro, estoy interna y veo muchas cosas que yo no las veía antes y me entretengo, participo, sigo participando igual dentro de mis posibilidades

E: ¿El colegio donde trabajas es el mismo de ===?

P: Si

E: ¿Y cómo ha sido eso de estar en el mismo lugar donde estudia tu hija?

P: Eh bien po` bien porque no nos vemos como tanto, al principio como que ya... yo andaba como... porque la === es bien olvidadiza, de repente olvida las tareas, los materiales, entonces todo, como que también === que no me vaya a decir algo la profesora” y de repente dije no po, no puedo hacer eso yo. De repente me decía “mamá se me quedo algo en la casa” y no po`ya ¡no!

E: Como que marcaste un poco los límites

P: Claro yo le digo si no estuviera trabajando en el colegio con quien te conseguirías las cosas, me ha costado si con ella, me ha costado muchísimo con la === soltarla

E: me gustaría saber ¿En qué parte Conchalí vives?

P: En la (incomprensible) aquí a la vuelta

E: Acá cerca ¿Cómo caracterizarías la población o el barrio en el que tú vives?

P: Súper tranquilo, lo que pasa es que ahora este sector de acá no sé si tu ubicas el sector, pero antes era súper súper tranquilo en el sentido, había mucha juventud ahora hay más viejos. Entonces es tranquilo en el sentido de que tu andas por la calle y no anda nadie, yo vivo al frente del colegio y la única forma que esto se vea con gente rotando es cuando los niños están en el colegio, los niños se van del colegio y eso muere. Y he sabido que la población esta mala siendo que antes era una población que tu podías andar, no se po de madrugada, yo viví mi juventud acá po`

E: ¿Has vivido toda tu vida aquí?

P: No, yo viví bueno cuando chica en recoleta, después viví en independencia con Vespucio y me vine a los 16 años con mi abuela acompañada acá. Y tenía amigos por acá, entonces mi abuela me daba permiso en todas las cosas que no me daba permiso mi papá me decía anda a las fiestas, pásalo bien en la juventud porque después de esta no hay otra. Después uno se casa... típico de mujeres que fueron toda la vida mujeres sometidas, yo vengo de una familia de hombres machistas, por ejemplo, mi abuelo paterno era machista no de golpear ni nada de eso, sino que no le gustaba que mi abuela saliera sola. A mi papá lo mismo, mi papá tiene el

mismo modelo, no le gustaba que mi mamá saliera sola. Entonces mi abuela como que me cambio todo ese switch porque yo creo, yo no sé si tendrá algo de cierto, pero yo creo que cuando tú le muestras un modelo a tus hijos generalmente tienden a seguirlo, entonces...

E: Me decías entonces que ella te dejaba salir en la noche, tu podías salir tarde y podías volver a tu casa sin ningún problema

P: Si, yo tenía un grupo de amigos grande, siempre fui de muchos amigos, teníamos un grupo... íbamos a fiestas y todo eso

E: ¿En cambio ahora que pasa en el barrio?

P: Eh... yo creo que está muy peligroso, asaltan, bueno lo que está ocurriendo casi en todas partes, pero no es un barrio malo, es un barrio muy antiguo. Este barrio tiene por lo menos 60 años, 70 años. Entonces ya no hay juventud, por ejemplo, vive mucha gente mayor

E: ¿Cómo vives tu barrio?

P: Es que yo voy del trabajo a la casa, así

E: No eres una persona que visite a sus vecinos y todo eso

P: No, tengo amigas que viven cerca si que son apoderadas del colegio, con ellas tengo bastante contacto. Pero vecinos... es que yo me cambie hace poco para acá de nuevo, hace 5 años, entonces tengo una vecina como mayor al otro lado, que por supuesto la saludo le pregunto como esta, al otro lado tengo un lolo que debe tener como tu edad, llega en la noche y hola y nada más. Pero como de vecinos así donde vivía antes no

E: ¿Y entre tus vecinos hay algún tipo de relación cercana que tu sepas?

P: Mira si lo que pasa como yo te decía, yo vivía con mi abuela, donde yo vivo ahora mi abuela vivía dos pasajes más allá, entonces yo conozco a la mayoría de la gente que vive por ahí, que ya son puras viejitas que me conocen porque yo viví con mi abuela, entonces que pasa que yo las saludo "hola como esta y me voy" y hay algunas viejitas que se han ido... mi abuela falleció hace mucho tiempo que se... que yo las veo que a lo mejor no se visitan pero de repente no se las veo conversando... cuando salgo a comprar porque en realidad de mi casa no salgo mucho como pa` salir a conversar con alguien, si vienen amigas conversamos adentro de la casa, pero con vecinos no tengo relación digamos así como de amistad ni nada

E: Okey y en esta calle o cerca del lugar donde tú vives ¿acceso a qué cosas tienen? ¿supermercado, consultorio, colegio?

P: Si cerca de acá está el supermercado santa Isabel, está la farmacia

E: ¿Es cómodo?

P: Si, de todas maneras

E: ¿Transporte?

P: Si, o sea yo siempre trabaje afuera, si súper bueno nada que decir en cuanto a eso

E: Quería saber además como tú vives con tu familia ¿con que personas te relacionas además de tu familia en el cotidiano digamos?

P: Con las compañeras de trabajo, los profesores de lunes a viernes, porque estoy ahí todos los días y la gran parte del día, además

E: Que ha significado para tu vida estas personas que están en tu trabajo que son las personas con las que más compartes a veces

P: Lo que pasa es que como yo soy apoderada antigua del colegio, porque mi hija salió de ahí que tiene 23 años conocía a algunos profesores, la mayoría no porque la verdad es que yo eh... un tiempo más que nada a los profes jefes y todas esas cosas y como vivíamos lejos, vivíamos en Quilicura antes. En realidad, yo tenía más relaciones con los profes de mis ramos o los profesores jefes porque venía de vez en cuando al colegio, yo ahora que estoy acá soy una apoderada más activa, eh... pero es buena relación, muy buena relación, los profesores acá son un 7

E: Okey, esto me hace preguntarte ¿a quienes te acercas tu cuando tienes una dificultad en tu vida?

P: Dificultad en cuanto a que

E: Explícame tu libremente, escoge una y me indicas a quien recurrirías, por ejemplo, una dificultad económica

P: Dificultad económica... son bien ordenada con mis platas en realidad gano muy poco pero soy súper ordena, eh... es que ahora no he tenido, es que sabes (E) eh... mira igual a lo mejor te voy a latear pero eh... yo he sido una persona que siempre he trabajado en primer lugar, dificultades económicas grandes jamás he tenido, he pasado momentos súper apretados pero gracias a dios no me ha faltado, pero no nos ha faltado como grupo familiar porque nos hemos sacado la cresta, yo era capaz de andar con mi chiquillas trabajando pero nunca por ejemplo decir "pucha présteme plata" no, siempre trabaje, siempre y todavía me gusta trabajar, me gusta recibir mi plata eh... por eso te digo así como dificultades económicas así como serias nunca he tenido porque siempre me las he rebuscado, o sea yo trabajo acá y estoy trabajando en lo que trabajaba antes el día sábado con una amiga en el su peluquería, o sea igual

E: Te las rebuscas

P: Si o sea yo, a mí me carga la gente floja que dice "no, es que yo no puedo trabajar porque tengo niños" ese cuento yo no me lo trago porque yo también tuve dos niñas chicas y también tuve que salir con ellas, encargarlas de repente donde mi mamá, bolsos, comida, coche, entonces yo no

E: Dificultades en otro plano, por ejemplo, dificultades emocionales

P: Ay ahí ya sí que es un poco más a ver, yo generalmente converso mucho con mi mamá, mi mamá es mi mejor amiga en realidad, con amigas con amigas tengo muchas amigas de a ver no sé, amigos, así como en quien confiar yo creo que por lo menos tengo unas 6 o 7 amigas

E: ¿Tu dirías que ese grupo es suficiente para tí?

P: Eh... si o sea amigas con las cuales tu puedes hablar de todo un grupo como de entre 6 y 10 personas. Tengo amigas de muchos años, yo tengo amigas de infancia y muy chicas, que seguimos contactándonos, juntándonos, yo soy muy... con mis amigas no soy de piel, yo no soy de piel, yo no soy de las que andan haciendo cariño nada. Yo me preocupo de la persona, pero no soy besadora ni contenedora, hasta con mis hijas soy fome pa eso, yo no soy contenedora pero... pero siempre estoy, no se si me entiendes porque hay gente que dice a ver pero soy despreocupá, descariña "si, descariña si, lo se reconocer" pero siempre preocupada de las cosas que necesitan si

E: O a lo mejor tu forma de expresar el cariño no es a través de piel, entonces me estabas diciendo que tienes un grupo de amigas, que significa este grupo que esta por fuera de tu familia ¿Qué significan para tí?

P: Eh... igual son importantes, porque en realidad como te digo he tenido mucha suerte en las amistades, he tenido mucha suerte, muy rara vez y en realidad no son mis amigas, muy muy amigas. Nunca me he decepcionado de amistades en realidad, porque no sé si un instinto no sé, pero cuando a mi alguien no me va a entrar no me entra, no yo a esa persona. Te voy a poner un ejemplo, en el trabajo, yo antes tenía un trabajo y llego una persona eh... que era muy amable, chinita pero yo no nunca pude

E: No congeniaron

P: No, no pude, no pude, no me entra esta niña y al poco tiempo se fue porque era penca la galla en realidad. Pero siempre tengo como esa cosa que si alguien no me... por supuesto que me doy el tiempo de conocerla, pero si alguien no me pasa, no la voy a pasar nunca

E: Y entonces ¿En qué situaciones tu recurres a estas personas?

P: A ver de repente por ejemplo conversar de los problemas que uno está teniendo, eh... más que económicos un poco como me lo mencionaste, de repente problemas uno se chorea de repente con el marido o la otra también me cuenta algo a mí y yo cuento para allá, de repente te dan consejos porque a veces es bueno contar tus cosas porque a veces la otra también está pasando por lo mismo que estás pasando tu eh...te da consejos alguien "pucha mira, así y así" yo lo mismo hago con mi mamá

E: ¿Cómo sería tu vida (P2) si no estuvieran estas personas?

P: No se en realidad, no se me ocurre en realidad, a ver cómo sería mi vida, no te voy a decir que aburrida porque en realidad soy bien sociable, entonces en realidad a lo mejor le contaría a otra persona, también de repente converso con mi marido, con mis hijas también que tengo mucha confianza con mi hija mayor, también conversamos ciertas cosas, ella tiene un genio totalmente diferente al mío. Entonces estamos como madre e hija y pasando cierta etapa ya mi hija no es tanto mi hija, sino que yo le puedo contar cosas. Con la === es todavía un poco más de, pero con la *** ha sido un poco más abierta la relación digamos, pero hay cosas que tu no le puedes contar a tus hijos porque están relacionadas a lo mejor con el matrimonio, eh... no me gusta tampoco la idea de... a ver yo como se llama... no tengo un matrimonio eh... tortuoso, no tengo problemas, grandes problemas con mi marido pero de repente hemos tenido asuntos entre los dos que tampoco se los puedo decir a mis hijas me entiende.

E: Entonces qué importancia tu dirías que tiene en la vida de las personas poder conversar de las cosas que le van pasando

P: O sea yo creo que es súper bueno que tú le cuentes tus problemas a alguien de repente y alguien sobre todo si tú lo consideras que esa persona eh... no te va a defraudar, eh... te evita estresarte además po` mira esto mismo yo creo que todo lo que sea ser sociable tú lo hechas para afuera, a lo mejor yo tragándome cosas a lo mejor sería penca también, me enfermaría que se yo pienso yo en eso. Soy muy extrovertida yo, generalmente digo lo que siento

E: ¿Participas tú de algún grupo además de las cosas que me has mencionado?

P: Grupo como fuera de los amigos ¿dices tú?

E: Si o fuera de los amigos

P: Si bueno yo tengo hartos grupos, tengo un grupo de apoderadas que vienen de kínder juntas, hemos salido con los chiquillos, la otra vez fuimos a la playa, porque justamente los chiquillos de nosotros no se juntan entre ellos, entre las que somos amigas. Entonces quisimos como armar un cuento, no tienen malas relaciones para nada, súper bien la salida a la playa, compartieron hartos y yo quería como un poco que la ===, tu sabes ella como que sus amigas y sus amigas no más, sociabilizar un poco más. Eh... tengo amigos ex alumnos también, tengo otros del otro trabajo y del otro trabajo anterior (risas)

E: Tienes muchos, ¿perteneces a algún grupo formal? Te doy un ejemplo, ir a misa, catequesis, grupo folclórico, etc

P: No nada formal

E: ¿Por qué no te ha interesado participar de algo así podríamos decir más formal?

P: A ver, en el colegio participaba con los profes, después me cambie de liceo súper fome, no había participación en nada. Participaba mira, era del grupo del colegio en básica, era del transito

E: Esto es de tu infancia

P: En mi infancia, después me cambie aun liceo que no tenía absolutamente nada, absolutamente nada. Bueno lo único que hacían en el liceo eran campeonatos de futbol, súper machista pucha yo estudie en el ochenta y tanto, el campeonato de futbol, pero nosotras como mujeres nada, absolutamente nada. Educación física que en invierno nos enseñaban folclore y san se acabó y tenías que ensayar y después dar la prueba y esas cosas así. Pero grupos así como de cosas la verdad es que después que me casé no tuve tiempo, o sea mira yo me puse a trabajar a los 18 años y siempre he trabajado, siempre me ha gustado ganar mi plata, después me case a los 25, después tuve a mi hija, como al año después empecé a trabajar, mi marido bombero y a mí tampoco como que nunca me gustó mucho la cosa de los bomberos en realidad, a mí no me gusta la idea de andar detrás de un marido.

E: Te gusta tu independencia

P: A ver cómo te explico mira, la cosa era lo siguiente, mi marido era bombero de los 13 años, bombero súper bombero llevo a ser director. Yo veía, cuando iba veía mucho bien, pololeamos todos juntos, nos casamos casi todos juntos, yo conversaba con las chiquillas, las señoras, otras eran bomberas también, pero yo observaba que eso no era solamente porque les gustaba, sino que por ir como a vigilar a los maridos, entonces yo como trabajaba la verdad es que no me interesaba participar en eso, ellas muchas veces me dijeron y nunca me ha llamado la atención y tenía poco tiempo porque yo he trabajado toda la vida. No tenía tiempo de participar en nada, catequesis con mi hija mayor

E: El tiempo parece que es importante, si uno tuviera más tiempo. Mira te quiero hacer unas preguntas que tienen que ver con la salud y con el sistema de salud ¿Qué impresión tienes tu de las instituciones de salud en general?

P: Instituciones públicas o privadas

E: Públicas

P: Públicas, he tenido mucha suerte, no sé en realidad yo cuando dicen "no que el consultorio es una mugre, que esto aquí" la verdad es que yo no podría decir eso porque yo hace poco me inscribí en el consultorio, yo el año pasado me vine a inscribir al consultorio porque siempre me atendí en forma particular. No miento si estuve inscrita cuando estuve embarazada de la *** me metí al consultorio, después me cambie a Quilicura, di una dirección falsa porque el consultorio de Quilicura era el único y este consultorio encontraba que era mucho más rápido y todo, después me fui de Quilicura y seguí atendiéndome aquí pero la verdad es que me atendí, serían 5 años y para buscar pastillas anticonceptivas y a los controles una vez al año si es que, pero después ahora como vivo acá me vine el año pasado y la verdad es que yo tengo suerte, no sé si buena suerte, es súper bueno

E: ¿Qué es lo que lo hace bueno?

P: Fíjate que yo, yo tengo una convicción con eso, yo creo que depende de cómo tu trates a la gente la gente se va a tratar hay gente que dice "no, me da rabia porque te dejan esperando que aquí, que allá que es malo, y yo tengo la costumbre de siempre permiso, por favor, gracias. Yo sé que no toda la gente lo hace y yo digo que cuesta de repente ser amable, fíjate que jamás me han tratado mal o me han dicho "no señora, no puede". Porque si uno va y dice "disculpa te puedo hacer una pregunta" te dicen no es que lo tiene que hacer así y así. Nunca he escuchado, nunca he tenido una mala respuesta

E: ¿En este COSAM como ha sido tu experiencia?

P: Muy buena también

E: ¿Qué es lo que la ha hecho buena?

P: A ver yo rescato varias cosas, una porque el taller am i me sirvió cualquier cantidad, otra desde la recepción siempre me han atendido súper bien, nunca me han dicho "no sabe que perdió la hora y no no la vamos a atender, eh... nunca o sea la atención es súper buena y de repente he pedido y no hay hora y bueno me llaman otro día que se yo, me han devuelto la llamada telefónica.

E: Entonces tu dirías que la experiencia con la institución empieza con la recepción ¿Qué características tiene esta institución que tú la calificas bien?

P: La amabilidad yo creo, porque como te digo siempre la niña que está ahí que es una morenita, que no sé cómo se llama atiende súper bien, a veces la he llamado por teléfono, también si necesito dejar un recado también ha sido súper amable, eh... ustedes como profesionales también o sea cuando me atendía Valeria por ejemplo, ahora estamos con Paula, estuvimos en el taller con Karla o sea todos un 7 y te dan pautas a seguir, que las he seguido hasta por ahí de repente, pero ya por lo menos tienes una ayuda externa

E: Me marcabas recién como algo destacado los talleres ¿Por qué te sirvieron?

P: Una por el taller que tuvimos con Karla, que me, ella me dijo como tenía que ser la pauta, no sé si tú sabes cómo funcionan, pero ella iba anotando en el cuadernito los problemas que tenía cada uno y el mío era grupal y ella tomaba los problemas y daba consejos y me dijo a ver esto es así, y así y así y asa y yo estaba haciendo todo lo contrario y entonces me dijo no, así no. No sé si tú sabes del problema con la === que se rompía todos los brazos, entonces yo siempre lo mismo con Valeria. Siempre me dijo no le puedes preguntar ¿te has cortado? Y yo generalmente le preguntaba eso, o sea lo estaba haciendo erradamente.

E: Lo que me quieres decir es que el profesional te ha ayudado a orientarte en que es lo que no hay que hacer

P: Exacto y pensé que lo estaba haciendo súper bien, porque a ver si no le preguntaba según mis criterios, si no le preguntaba a lo mejor la === iba a pensar que mi mamá no me pregunta si me corto, no se preocupa de mí. Y era todo lo contrario

E: ¿Qué es lo que te hace sentido que te digan que lo que has hecho por mucho tiempo no estaba bien? Porque uno podría tender a defenderse ¿Qué hacen las profesionales que te convence que estabas haciendo las cosas al revés?

P: A ver porque yo pensé que tenía razón de sobreprotegerla, porque por ejemplo, yo le contaba a Karla y a la Valeria también eh... un poco de las amistades de la === y a mí me molestaba mucho que algunas mamás no se preocuparan como me preocupó yo, entonces uno tiende a pensar que la otra persona lo va a hacer igual a ti y eso a mí me molesta mucho y a ellas mamás mas todavía , por ejemplo, eso de que no se preocupen de adonde andan las chiquillas, eso a mí no me gusta, entonces tú no puedes pretender también que la gente sea igual a ti y eso es lo que a mí de repente me falta yo creo, eh... aceptar que el otro no es igual a ti, pero no en todo ámbito (E), sino que en este ámbito, entonces yo decía "pero como no se preocupa de no venir a buscar a la hora que le dije" si a mí una mamá me dice que hasta la ocho puede estar ahí, yo estoy a las 8 o un poco antes, pero esa cosa de que son las 10 de la noche y llegamos súper relajado a buscarla (risas), entonces yo y yo soy súper de repente exploto, o sea yo tengo un carácter súper bueno pero exploto, entonces yo cara de palo les decía "oye pero si te dije a las 8" no es que me atrase, no es que no, si es que yo te digo a las 8 es porque yo después de las 8 tengo otras cosas que hacer. Entonces me decía, pero es que las amistades de tu hija no las puedes escoger, si está bien, las amistades de ella no...

E: Dime N. ¿Cuándo tu puedes decir que estas bien, te sientes bien?

P: Para mí la salud, yo mientras un miembro de mi familia no esté enfermo, todo lo demás me puede resbalar, enfermo... me refiero a toda clase de enfermedad, o sea puede ser física o mentalmente que se yo, que ojalá no hayan problemas, disgustos, esas cosas, todo lo demás si tú me hablas de lo económico para mí me da lo mismo porque yo he tenido altos y bajos en la vida y se arreglármelas con poco y me las arreglo con lo que tengo

E: Explicame un poco más de esto que decías no solo de enfermedad, cuando hay disgustos, por ejemplo

P: Claro, a ver por ejemplo lo de la === pa` mi fue como un balde de agua fría, no me lo esperaba, no me lo esperaba para nada, para nada porque la === era tan diferente de lo que es ahora, era una niñita de buenas notas, ella fue siempre súper inteligente, aprendió a leer a los 4 años, entonces como que creas a lo mejor no expectativas, pero tú piensas que eso va a seguir a lo mejor a lo largo de su vida. Y ella tuvo un cambio súper grande y ese cambio que tuvo que fue en el proceso donde empezó a hacerse esas cosas, eh... la verdad que a mí eso me afectó así como... o sea andaba muy preocupada, lo primero que pensé ¿en que falle? ¿Qué es lo que estoy haciendo mal que ella está haciendo eso? Y lo logre entender, Karla me decía "sabes qué pasa con la ===, lo de la === no es grave porque ella no se corta, ella se rasguña con cosas, eh... y es súper fácil, tú le manejas tanto la vida a ella que ella lo único que tiene de ella en estos momentos es su cuerpo, ella sabe que puede mandar en su cuerpo y hace la que quiere, es lo único que tiene de ella porque tú le encasillas los espacios" y claro que me di cuenta de eso po` igual me ha costado, me ha costado un poco... pero más que nada no es que yo no le tenga confianza a ella, pero... a ver no sabe por ejemplo todavía salir, salir en una micro

E: El proceso ha sido de a poco, si entiendo bien uno no puede estar si hay cosas que te desequilibran

P: Si, yo creo que todo tiene que volver a su sitio, pero esas cosas también me pasan en las enfermedades, todas esas cosas si hay como un desequilibrio familiar yo creo también, como lo que paso con la ===, es como que te mueve el piso esas cosas

E: Cuando tu enfrentas una dificultad ¿Qué es lo que te nace hacer? Por ejemplo, esta

P: A ver yo en esto encontré que me estaba superando, cuando la profesora me llamo la verdad es que yo corrí al tiro, eh... esto sucedió en el curso de la ===, sucedió esto que había una niñita nueva que se cortaba y como las chiquillas generalmente van a hacer tareas a mi casa me contaron ellas "tía la no se cuantito se está cortando" y yo pero como se corta " si se corta así y así, con una tijera" pero como y como están en una etapa de adolescencia a mí me hizo click la cuestión y yo le digo "no se les vaya a ocurrir hacer eso a ustedes le digo yo, porque ustedes una se tira de cabeza y se tiran todas" ay no tía no sé qué. Yo conversé con la profesora y yo le dije a Karla también y me dice no si esa niña tiene problemas, pero yo ya conversé con sus papás. Y yo le digo ¿es necesario que lo abordemos? Como las chiquillas están pasando por una etapa, no me dijo porque es un problema que ella tiene y yo no quiero mezclar las cosas y yo lo tengo conversado con el papá de ella.

E: Tú te moviste al tiro

P: Es que como que algo me movió, yo encontraba que igual la === era vulnerable en ciertas amistades, entonces empecé a ver eso y lo apliqué con esto otro, ya y no pasó nada. Y un día en agosto me manda a llamar la profe, me dice dice "tú le has visto los brazos a la ===" no le digo yo, me dice el otro día se acercó una compañera que la quiere mucho y me dijo que la === se estaba cortando, entonces para mí fue una cosa, así como que se me cayó todo así, sentí esa cosa que estoy haciendo mal, o sea trato de que conversemos las cosas y está haciendo algo porque lo está haciendo, lo primero que tú piensas ¿Por qué lo está haciendo? ¿es una moda o para llamar la atención? ¿lo está haciendo donde soy descariñada? Porque la === es cariñosa, entonces yo de repente ¡ay ===! No te tiré encima mío y las dos chiquillas son iguales, las dos son como "pucha mamá no nos hacé cariño" soy así lamentablemente, ni siquiera con mis amigas y... yo decía a lo mejor es eso, me cuestione muchas cosas, me pase los mejores rollos y le dije, le dije ese día a la profe yo la voy a llevar al psicólogo y vine al tiro creo que, al otro día, la vio la psicóloga del consultorio y me derivó acá, me dijo esto lo tiene que ver un psiquiatra todo, así que te voy a derivar

E: Al día siguiente ¿habían intentado hablar con ===?

P: Lo conversamos con mi marido, porque justamente ese día mi marido estaba de vacaciones de invierno y le digo sabes lo que me dijo la profesora, me converso esto, esto esto y esto otro. Pero como te dice eso, no se po le digo y la voy a llevar al psicólogo porque esto no es normal

E: Saltándonos a las últimas semanas, nosotros cuando te llamamos para participar de este grupo tu inmediatamente dijiste que sí, que ibas a participar, llegaste y todo, entonces háblame un poco de que te pareció ese día el cierre del taller

P: Eh... de ese día en particular bueno, fíjate que me gusto porque encontré que habían unas señoras mayores que también estaban como súper integradas, yo creo que por lo que yo vi, me dio la idea de que como que todos disfrutaron, las señoras mayores no tengo idea en que talleres están ellas ni nada pero me di cuenta que como que todo el mundo participando así como súper contento, como que quisieron estar presentes no porque los obligaron, porque aquí nadie se obliga, como que quisieron estar presentes ese día porque les gusto lo que hicieron, que se yo. Lo mismo que me paso a mí po' y de hecho yo me acuerdo que cuando veníamos a los talleres la === por ejemplo, cuando se suspendía de repente "ay mamá y porque no vamos a ir" a ella le gustó mucho el taller y a mí por la otra parte también, porque igual yo encontraba que Karla también dio unos consejos muy buenos, le daba al clavo con los demás papás también, como que eh... también abordaba sus problemas y todos éramos importantes ahí ya la === le encantaba venir y ahora cuando le nombre que tú me habías llamado, de hecho como se fue la Valeria y le iban a conseguir otro, me dijo "mamá ojalá que me toque el Felipe" y yo le digo no se 'po' quien te toque no más po' ===, em... y eso po o sea no tengo nada que decir como en mala onda nada, absolutamente nada

E: ¿Qué crees tú que significa una experiencia como esa? Que es grupal y donde hay distintas familias, donde también están los profesionales ¿Qué piensas de la posición que adoptaron, como te pareció su rol?

P: tú me preguntas como relacional o del grupo concreto

E: De la relación que tenían los usuarios con los profesionales

P: Eh... si yo encontré que había mucha confianza, bueno tu sabes que estas cosas o sea a nosotros nos dijeron que lo que se habla aquí no sale y es la idea, pero yo vi mucha emoción, muchas cosas que se echaron hacia afuera, o sea yo ahí entendí que mi problema de repente no era nada comparado con otros problemas que tenía la gente, o sea cosas como súper fuertes, emocionalmente encontré que la gente echo todo afuera, como de mucha confían... un instante de mucha confianza y de mucha confianza a tal punto que yo nunca me había visto con esa gente, y encontré no se po estaba así como de repente de pensar que están como de alcohólico anónimos contando sus problemas. No sé si está muy bien o muy mal, el profesional aborda muy bien, pero encontré que llego a cada punto de cada uno, porque se vieron muchas emociones en el taller

E: ¿Qué importancia crees tú que deberían tener este tipo de instancias más grupales que no son tan individuales? ¿Qué rol te parece a ti que deberían tener estas actividades en una institución que es pública?

P: Eh... mira yo también he escuchado a la gente decir "mira esa cuestión del COSAM, yo lleve a mi hija y no me sirvió de nah, no sé, no sé en qué ira eso, es lo mismo que te decía. Yo encuentro que es súper bueno y encontré que entre nosotros que estábamos pidiendo una ayuda, también hubo confianza, o sea yo por ejemplo de repente me iba caminando con una mamá y "oye que vamos a traer para el otro taller", o sea es una instancia con gente que recién uno viene conociendo, se hicieron instancias donde ya nos estábamos organizando en traer galletitas, eh... traerle algo rico a los chiquillos, no se encuentro que algo paso ahí

E: ¿Qué habrá pasado?

P: Eh... no sé yo creo que nos sucedió, hubo alguien que te escuchara y que te diera consejos, porque resulta que cuando tu; a ver en primer lugar yo esto no lo, no lo converse con mucha gente, lo reservé un poco para acá eh... a ver con mis amigas un poco más íntimas digamos, no con todo el grupo eh... no lo quise exponer tanto, porque tú te sientes culpable, entonces yo decía pucha van a decir "ah la mamá es descuidada por eso la hija hace eso" pero después cuando empecé a venir al taller después con mi grupo de exalumnos una compañera mía que muchos se acuerdan, no se comunicó con su hija, claro que ella se separó con su marido y tiene otros problemas y todo, em... le dije yo aunque ella vive en otro sector "llévala" "no si la estoy llevando pero no me gusta mucho porque" entonces ella me contaba su experiencia que no le daban soluciones y yo le digo que hay unos talleres que nos han hecho súper bien a la === y a mí, le dije yo. No, me dice es que a mí no me ha parecido en realidad porque yo creo que el problema de mi hija es que mi marido es aquí, mi marido es allá que se yo diferentes cosas. Yo tuve una buena experiencia como te digo y yo creo que la gente que participó en el taller a pesar de que algunas no siguieron viniendo yo encontré que también les sirvió. Y también hubo gente que me dice "es que yo no sé a qué vengo aquí" yo sí, yo estaba clara que venía a pedir ayuda, eh... y eso po' no no, no tendría nada malo que decir

E: Me llama la atención eso que me dices que cuando uno salía aquí del grupo se iba conversando con alguien, como que se armaba cierto clima para organizar la comida, etc ¿tú crees que eso se podría aprovechar de otra forma?

P: em... a ver se podrían a lo mejor hacer más talleres pienso yo, porque verlo como de fuera no es en realidad.

E: Vamos a ir cerrando ¿Qué te parece a ti que la actividad de la semana pasada la actividad haya sido organizada en conjunto con usuarios también?

P: Súper, yo creo que todo debe ser participación de todo y a lo mejor ustedes como profesionales dar ideas y yo pienso que también un usuario de repente puede decir mira, yo puedo traer una cosa didáctica, por ejemplo, lo juegos, yo los juegos me entretengo cualquier cantidad, olvídate muchas actividades, los juegos ponte tú que se interactúan justamente es como para em... para empezar a entrar en confianza, yo acá en el colegio lo viví, yo nunca fui a un colegio así, yo acá en el colegio lo viví, mi marido es ex alumno

entonces él estaba acostumbrado, entonces cuando fui a la primera reunión de mi hija mayor yo dije “¿Qué están haciendo? ”Entonces yo decía, dios mío pero como vamos a jugar los adultos si estamos en una primera reunión” Ya entonces lo primero que hacían, por ejemplo, ya vamos a tener una dinámica de grupo, nos vamos a conocer y entonces de repente tu ibas haciendo una cola de elefante agarrada del brazo del otro y yo miraba a mi marido y me decía no si hay que jugar, otros no estaban acostumbrado a eso y a lo mejor aquí también hay gente que le pasa eso de decir “ a ver” yo no, yo me entretuve porque ya estoy acostumbrá a esa dinámica, eh... y también como dices tú a lo mejor la gente también puede traer ideas de dinámicas de grupo que se yo no sé po’ también puede darse la idea

E: Bien entonces vamos a cerrar aquí la entrevista N.

P: Por ejemplo lo que sucede de repente, en los hospitales, mira yo te hablo de esto y te hablo del consultorio, las buenas experiencias que tengo pero los hospitales son... es una cuestión país ya, que cuesta ser amable, entonces de repente tú te ves, yo a mi mamá la tuve hospitalizada el año pasado y la indiferencia o sea gente que se está muriendo en urgencias, yo entré y eso que gracias a Dios mi mamá no se sentía tan mal pero yo entré y había gente muriéndose y encontré que era algo tan indolente del personal pero tan indolente que te daban ganas de ponerte a llorar, a mi pocas cosas me conmueven para llorar, es mi forma de ser, yo puedo sentir mucho mucho mucho, pero te juro que me conmovió la indolencia de la gente, el trato con la gente mayor no sé, yo a la gente mayor le tengo un respeto es así como mira ni los perros, había gente mal, mal, mal. Yo entiendo que pueden ser los recursos, pero la amabilidad no va en los recursos que tú tengas, uno puede ser muy amable y no se pu’ pucha y con ciertas palabras “señora ya la van atender, tiene que tener paciencia” pero esa cosa, así como.

E: Muchas gracias por tu participación, lo vamos a dejar hasta acá

Nombre del archivo: Entrevista 3
 Lugar de la entrevista: COSAM Conchalí
 Participante: Mujer, usuaria programa VIF y programa infanto-juvenil
 Entrevistador: N. C
 Fecha: Diciembre 2014
 Duración: 01:09:21
 (E) – (P): Entrevistador – Participante

E: Lo primero es que el objetivo es como poder entender algunos discursos de las personas que participaron en la planificación de esta actividad comunitaria, como participativa, y también a gente que se sumó ese mismo día, algunos discursos en torno a qué les pareció, cómo se sintieron, si creen que es importante o no importante, ese tipo de cosas en general. Entonces para partir lo primero sería como, aunque nosotros ya nos conocemos, para efectos de la entrevista que te pudieras presentar, que pudieras contar un poquito que cosas haces, con qué personas vives, como para saber un poco quien es la M.

P: Ya, me llamo M., tengo dos hijos uno de 23 y el otro de 4 añitos, más mi nieta de 3 años. Y mi pareja, vivo con los dos niños y mi pareja. Y bueno, yo cuido una niña que tiene 9 años, tres veces en la semana, a eso me dedico.

E: Y por ejemplo, donde vives ¿en qué sector de Conchalí vives?

P: Ya, vivo en Diego Silva más o menos con Pedro Fontova.

E: Diego Silva con Pedro Fontova.

P: Sí, en un pasaje.

E: Y aparte de trabajar cuidando a esta niña tres veces a la semana me decías...

P: Sí, tres veces.

E: El resto del tiempo, los otros días de la semana, los fin de semana ¿a qué lo dedicas?

P: No, en mi casa, los niños, vamos al parque el fin de semana, los sacamos a distraer y en la semana también po, cuando voy al pan los saco, cualquiera de los dos que estemos.

E: Tú o tu pareja

P: Yo o mi pareja, claro, el que esté ahí como a esa hora en la tarde con la fresquita, salimos a dar una vuelta, si estamos los dos salimos los cuatro. Ahí para sacar los niños porque están todo el día encerrados, con este sol y todo, se aburren, pelean mucho.

E: El más chiquitito es el Ma. ¿o no?

P: No la A...

E: La A. que tiene 3

P: La A. que tiene 3

E: ¿No van al jardín todavía?

P: No, pero ya están matriculados para el próximo año, la semana pasada fui... fui a la reunión de apoderados

E: ¿Y a qué curso entran?

P: La A. a nivel medio mayor en lenguaje, ella tiene como un problema mixto, me dijo la fonoaudióloga. Y el Ma., a párvulo, normal, prekinder.

E: ¿Prekinder el Ma.?

P: Sí, lo que me llamó más la atención que bueno, me parece que la gente más lo ubica como escuela de lenguaje que... que de las dos. Porque el día que fuimos a la reunión, el curso que va a tener Ma. con suerte habíamos 5 mamás, al menos que hayan faltado algunas mamás y todo, pero muy poco, lo demás era casi todo de... sino era de lenguaje en prekinder, en kinder, nivel medio menor, mayor. Eso me llamó mucho la atención, sí. Así que va a ser como bien personalizado, me gusta porque el Ma. es como, es como, a ver cómo lo digo, él es como tan inteligente, le gusta que estén como pendientes de él.

E: Te gustó entonces que fueran tan poquitos niños...

P: Sí, como que fueran poquitos niños, aunque sean 10 o 15 igual lo encuentro personalizado para un jardín.

E: Sí po

P: Y lo de la A. yo creo que no va a superar más de 25 niños por curso, por nivel

E: Pero deben tener más de una educadora por...

P: Sí, tienen dos educadoras por curso, claro. Bueno la educadora más la técnico. Sí. Y lo otro que me llamó la atención, que me gusta mucho para la A., es que hay un ramo de sexualidad. Lo encontré topy, súper, me encantó.

E: La A. ¿por qué ella?

P: Sí porque la A. es de las niñas que ella si alguien le hace cariño ella se va, aunque lo haya conocido recién y yo estoy en Psicólogo con ella en el consultorio porque ella empezó como de los dos años a como manifestar sexualmente cosas. Y como que me descolocaba un poco, me da susto. Y ella es muy entregada a los hombres. Si ve a cualquier tío, cualquier primo, amigos de su papá, quien sea, ella es al tiro de colgarse del cuello, de darle besos, como hostigosa, entonces como para que me ayuden, me ayuden en esa parte en el colegio como para que ella después vaya viendo que no puede ser así con todo el mundo. Y es un tema para mí con la A. porque ella es muy sexual. Demasiado.

E: ¿Y en el consultorio te pudieron orientar?

P: Sí él me está, bueno él me dice que es súper normal, hay niños que son más despiertos que otros, obviamente hay que tener ojo con ella porque es mujer. Pero hay que trabajar esa parte, me dice, ustedes tienen que darle herramientas, pero qué bueno que en el colegio también me van a ayudar esa parte.

E: Súper bueno

P: Además que ahora los niños no... hay que enseñarles bien en la casa, que tienen que ir solos al baño, ya las tías no pueden entrar con ellos.

E: Sipo, hay toda una serie de medidas ahora que son bien complicadas.

P: Sí po así que en el verano tengo que trabajar hartito con esa situación porque el Ma. es tan regalón que mamá límpiame o papá. Él lo sabe hacer, pero igual como que siempre está pidiendo ayuda. Y la A. es como al lote, ella no dice mamá límpiame, pero ella se limpia y se limpia mal. Entonces tengo que trabajar todo el verano con ese asunto porque ya van a entrar el 27 de febrero.

E: Ahí tienen harta pega.

P: Sí tengo pega en el verano.

E: Y tu pareja y tu hijo ¿a qué se dedican ellos?

P: El N. trabaja vendiendo pescados en la feria. A él le gusta mucho el trabajo, la feria.

E: Trabaja como...

P: Sí, tiene su... él sólo descansa lunes y viernes, esos días no va a la feria, los otros días va todos los días. Le gusta esa pega. Siempre lo ha hecho desde chico. Tenía como 16 años y trabajaba en la feria. Es que a él le gusta la libertad, es como su papá, a él no le gusta estar encerrado en un lado, no le gusta que lo manden, que aprobado, no. Así él se hace su horario, se maneja bien con la gente, tiene como mucha labia. Y mi pareja trabaja en Ideal, en la parte producción, y él cumple turnos, entonces me ayuda mucho. Por ejemplo ahora esta semana empezó turno de mañana, entra a las 7 y sale a las 3. Entonces a las 4 de la tarde está en la casa, va a ver a los niños, y yo a las 12 se los dejo a mi papá. Entonces al final están como cuatro horitas fuera.

E: Claro y después él los va a buscar...

P: Y después el llega al tiro, los va a buscar, ya llega la once y los tiene po. Ahora les iba a hacer, que le ayudaran a hacer aseo porque ayer fuimos al paseo de la empresa de él entonces quedó el despelote.

E: En la casa.

P: Sí.

E: Me imagino.

P: Y después va a salir con ellos a comprar pan y me van a esperar, me iban a esperar para tomar once, yo avisé que iba a llegar tarde.

E: Oye M. como para terminar esta parte de presentación, aparte de trabajar, de criar a los chiquillos, que ya es hartito, ¿tienes algún pasatiempo, algún grupo con el que te juntes?

P: No, nada. Es que yo soy muy maniática con el aseo entonces estoy todo el día haciendo cosas. Me falta día. Siempre invento algo por hacer. Yo antes de que tuviera a los niños mi tiempo libre, bueno siempre he sido igual, no sé po, igual trabajaba de lunes a viernes pero en las noches de repente estaba hasta las 2, 3 de la mañana hacía cosas de soft. Como de trabajo en género o cartón. Si. Diferentes cosas. Y esas manualidades me gustan, como que me distraían, era como mi terapia que tenía. Como yo contaba, hacía hartos años por el N. venía aquí a COSAM a talleres, a psicólogo, por mi marido antes, después con mi hijo. Y cuando ya se me acabó todo eso empecé como a buscar otras cosas porque me gusta la vida social, me gusta conversar y me dedicaba a hacer eso. Manualidades, después las vendía. Tejo a crochet. Cuando tengo tiempo. Pero ya con los niños tan chicos ya no, ahí dejé de hacer todas esas cosas, ahora no. Sólo ellos no más. Y la casa, soy como súper esclava de la casa.

E: La casa y los niños chicos.

P: Sí, pero a mí me gusta, no me frustra ni me da rabia, no, a mí me gusta estar en mi casa, ordenar, limpiar, que los niños también me ayudan, enseñarles, como participar con ellos en esas cosas me gusta.

E: Ya, ahora las preguntas van a ir un poquito como por, del lugar en el que vives, del contexto en el que vives, como me decías que vivías aquí en Diego Silva con Pedro Fontova. Y ¿Qué características tiene el barrio donde vives tú? ¿Desde cuándo vives ahí?

P: Mm, de siempre. Mis papás llegaron en el 72 y yo nací en el 74. Así que he pasado toda mi vida ahí.

E: O sea te fuiste a vivir a una casa cerca...

P: No, al lado, mi papá me construyó una casa al lado, a mí y a mi hermana.

E: Ah, tienen un terreno.

P: No, compró el sitio al lado de su casa, lo vendían de esquina, que era muy gigante, para allá son muy grandes las casas, o sea los sitios, y mi papá lo dividió en dos entonces le está haciendo la casa a la M. y la mía ya está hecha. Yo voy a cumplir 4 años ahí. Antes vivía como en un pasaje de diferencia no más, entonces siempre hemos vivido cerca. Siempre el mismo lugar.

E: ¿Y cómo dirías que es el barrio?

P: No, no es bueno, no. Eh... Si no fuera porque es difícil tener casa, y a mí se me dio la facilidad de que puedo tener gracias a mi papá, yo no sé, postularía para irme fuera de Santiago, o en comunas que están muy lejos de acá...

E: ¿Cómo qué lugar por ejemplo?

P: Como Lampa por ejemplo, que está muy común...

E: Como el campo...

P: Sí, como parte más campo, más rural.

E: ¿Por qué dices tú que no es bueno?

P: Porque hay mucha droga por donde yo vivo, existe el famoso canal que le llaman. Entonces ahí mucho tráfico, mucho de todo.

E: Viven cerca del canal.

P: De hecho prostitución. Sí, vivo como a dos cuadras, súper cerca. Entonces hay mucho balaceo, muchas drogas en todas las esquinas, y eso es una lata porque uno tiene que tener los niños encerrados, en una burbuja. O sea o uno los mantiene ocupados, que eso es como lo que queremos hacer con el julio, que tengan, no sé, meterlo en talleres, ya yendo al colegio que no tenga casi espacios como para que en una edad más adelante, que la salida en la calle, tener amigos por ahí... somos como súper reacios los dos, porque yo con mi hijo tuve esa experiencia, eh... de dejarlo tener un amigo, que se vieran, a jugar a la pelota y así empiezan, hasta que se me escapó de las manos y llegó a la delincuencia, con marihuana m... estuvo un tiempo consumiendo cocaína, entonces fue muy doloroso para mí porque pensé que nunca iba a llegar a eso y es un mundo totalmente... cruel. Se sufre demasiado. Sobre todo los hombres son más esquivos para que reciban ayuda, cuesta mucho llegar a ellos, cuesta mucho que toquen fondo también, entonces se sufre hartos. Y ahora puedo decir que claro, mi hijo no es una persona rehabilitada cien porciento, pero trata de vivir en paz, trata de ganarse la vida ahora porque para él era fácil ganarse la plata saliendo a robar. Ahora trabaja en esto que es algo que le gusta entonces me da lo mismo, y dejó la otra droga, pero siempre por él, nunca él necesitó terapia ni nada. Él dijo no lo hago más, no lo hago más. Pero si se refugió mucho en la marihuana.

E: Pero eso ya está más aceptado...

P: Sí, yo por ese lado como que ya me resigné. Para mí todas las drogas son lo mismo. Pero veo su cambio, entonces ya estoy como más conforme.

E: ¡Qué bueno! Oye y tú que llevas hartos años viviendo ahí desde que eras niña ¿siempre ha sido así? O hubo un cambio en algún momento...

P: No, no, no. Sí po, antes no era así, uno podía salir al pasaje donde uno vivía a andar en bicicleta, compartir con los vecinos, se hacían cosas más de, de... era uno más unida con los vecinos, yo tengo ese recuerdo de mi niñez súper bueno. Pero ahora la gente, cada cual en sus casas, con suerte uno se saluda, la gente vive muy estresada, muy enemistada, por los mismos hijos.

E: ¿Cómo por rivalidades, cosas así?

P: Claro porque ya se empiezan a formar los grupos, que alguno no sé, cayó en la droga entonces empiezan a traer las juntas al mismo lugar y se empiezan a contaminar po. Entonces uno vive más encerrada, más como ermitaña prácticamente. Es súper... sí.

E: Los niños...

P: Sí, de todas maneras, mi niñez, ni la sombra de lo que tienen que vivir los niños ahora. Por eso es que ahora los niños son como tan maduros también, porque uno les tiene que enseñar desde ya, muchas cosas que uno vivía en una burbuja, uno no sabía lo que era la maldad, confiaba en todo el mundo, uno salía, los papás a uno le daban permiso confiadamente para que fuera a comprar el pan, ahora uno no, o sea no, por eso es que uno es sobreprotector y es malo también, porque uno hace que los niños sean muy dependientes de uno y no los deja crecer. Como que uno siempre con el temor a todo, que no hagai esto, como que uno les vara el camino y no los deja caer, no los deja equivocarse. Y de ahí parte que ellos empiezan a experimentar po, la droga más que nada, con arrancarse, con no respetar los horarios.

E: Claro, cerca, no es muy difícil conseguirla.

P: Sí.

E: Y cerca de... tu barrio, ¿hay colegios, supermercados, todas esas cosas?

P: Sí, sí, hay de todo, hay hartito.

E: Tienen acceso.

P: Sí.

E: Y entonces tú me decías que los vecinos no se hablan mucho, como que cada uno vive en su mundo, más pensando en sus hijos, en las cosas que están haciendo, como que se dividen más por eso, como con quiénes se juntan sus hijos.

P: Claro, sí. O sea yo todavía, el N. tiene 23 años y no vive conmigo, vive con mi mamá al lado, entonces cuando van a buscarlo es una cosa pero súper mágica que salgo por la ventana o salgo por la puerta donde esté, a ver quién es, como que igual le reclamo, no me gusta esta persona, y con quién te estás juntando, pero es que mamá...

E: Estas vigilando siempre.

P: Sí, estoy como siempre alerta porque quedé como... uno queda marcada. Uno queda como pegada, cuesta mucho salir de cuando uno lo ha pasado mal. Sí, de hecho conversábamos ayer con él y la polola, y él me decía que mi pareja él le tenía mucho cariño, pero siempre tuvieron en realidad no se llevaban muy bien, porque él dice yo viví mamá todo lo que tú pasaste con mi papá, porque él es alcohólico, él nunca supo que su papá era drogadicto, yo siempre se lo escondí. Hasta el día de hoy, no tiene idea, entonces me dice cuando tu empezaste a andar con el Julio, mamá, me dice, me daba lata que él tomara tanto. Entonces me dice es como que saliste de uno y te metiste en otro. Y ese era como su aprehensión, por eso él me tenía mucha rabia. Me decía cambiaste uno por otro, o sea mejor te hubieras quedado con mi papá y yo no me hubiera quedado sin papá. Pero eso, me dijo, era el pensamiento que yo tenía años atrás, pero ahora lo entiendo, me dijo, porque ya maduré, ya crecí, ya no estoy en esa etapa de pelear todo el rato, estoy feliz que mi hermano tenga un buen papá, me dice, que sea un papá súper presente, que no tenga que vivir lo que yo viví. Claro él dejó de... no toma como tomaba antes también. Le digo yo pero es que uno va evolucionando po, uno va madurando, en ese tiempo éramos los dos no más, era como más de carrete, ahora no, tenemos el niño entonces hay que darle buen ejemplo. No tenemos mucha vida social, entonces tampoco tiene cómo salir a algún lado, o estar en la casa a lo más se sirve algo con mi papá o toma sólo. De repente el día sábado, después de la pega, se toma algo, después se va a acostar. Entonces yo ahí me daba cuenta que uno esconde muchas cosas, y es mal interpretado, entonces, de todas maneras no sé, me dicen que por qué yo nunca le he contado, yo le digo no porque yo quiero que él le... no sé, vea que su papá ahora se está rehabilitando de nuevo, que dejó de tomar, lleva, va a llevar un año sin tomar de nuevo, entonces que él se sienta orgulloso de su papá, yo nunca lo he querido interponer, para nada, y encuentro que si yo le cuento que su papá fue drogadicto en algún minuto y que a lo mejor lo siguió siendo hasta el año pasado, va a ser un golpe muy grande pa él. O sea a lo mejor él va a decir pucha, claro, yo no lo saqué esa parte de ser alcohólico pero si drogadicto en algún minuto, que fue. Entonces como que le va a perder el respeto, siento yo, no sé. Me da como lata. Sí, son como hartas cosas. Igual es bueno escuchar a los hijos después de, porque son el peor cuchillo que uno tiene, piensa que uno, claro, saliste a trabajar, o conocer, como él me dice, claro dejaste de hacer cosas y yo me quedé solo, pero él no ve nada de, claro, en ese minuto ellos no entienden que uno tenía la necesidad de trabajar para poder mantenerlos.

E: Una visión más de niños, también.

P: Claro, yo decía pero yo siempre fui presente contigo, mi mamá, y claro, no fui a lo mejor tan amorosa como lo que tu necesitabai, porque no había como mucho tiempo para eso, que yo me preocupaba más de que la casa siempre estuviera limpia, de que tus cosas siempre, nunca nada de faltara, de preocuparme de las tareas, de los trabajos, de las reuniones de apoderados, las fiestas, siempre fui una mamá como ahí, y él lo agradece ahora, po él dice, sí, le cuenta a su polola, ay mi mamá era súper cuática, nos sacaba fotos, me hacía show, se reía, era cuática, me daba vergüenza, no sé qué, pero sí es rico que su mamá siempre estuvo ahí, cosa que su papá nunca estuvo. Él ahora va rescatando cosas y lo va entendiendo. Claro.

E: ¿Ahora se llevan bien, o sea escuché que están más tranquilos, como más grande dices tú...

P: Sí, en esas cosas sí, le falta mucho porque yo, bueno es joven todavía, pero uno es culpable, uno es culpable porque como te digo, uno barre muchos caminos para que ellos no se caigan pero tarde o temprano se tienen que caer y tienen que vivir lo que les toca

vivir. La vida ahora está complicada, y ese es el temor que tenemos con Ma. , que ojalá seamos buenos papás, le demos todas las herramientas que necesita a este tiempo, estar como a la par a este tiempo con ellos.

E: Como prevenir antes que...

P: O sea por lo menos no esconder cosas como lo que hice con el N., sino que ellos, no sé po, pa él y la A. que, que uno les diga pasa esto y esto otro sin tener que esconder, para que ellos estén con la base de que si van a hacer algo, ya lo saben de antemano, es su responsabilidad, claro.

E: Oye M. y además de tu familia ¿con quién más te relacionas, por ejemplo en el trabajo, o alguna amiga, como alguien que sea por ejemplo un apoyo para ti sin que sea necesariamente como tu familiar directo?

P: No, no tengo a nadie, es mi hermana, la M., mi amiga, si.

E: Tu confidente

P: Si, todo.

E: Con ella conversan.

P: Las dos tenemos, bueno ella no por su trabajo se relaciona con más gente, y tiene una amiga, claro, en su trabajo, que es su yunta, pero como que las dos somos de contarnos todo, o sea no nos podemos guardar nada porque nos conocemos tanto que no existe ni la vergüenza, ni... a ya no importa aunque me vaya a retar se lo cuento igual, estamos las dos en esa misma pará, creo yo.

E: Qué buena. Y por ejemplo cuando tienes alguna dificultad, ya sea algún problema en la casa, económico, o de salud, cualquier dificultad, ¿a quién recurres primero? Tu pareja, tu hermana...

P: A los dos, según si él está trabajando, y tengo una duda, bueno él es más que nada por el hecho de acompañarme, pero mi hermana es como, yo le digo tú eres todo, eres como la enfermera, la doctora, sabe todo, por ejemplo, quiero hacer un trámite, la llamo, hermana, a adónde tengo que ir, me puedes pedir hora al médico, y yo me refugio mucho en ella, ella es como más práctica, yo me hago atado por todo, donde estoy como encerrada, entonces como que no sé nada del mundo. Era lo que contaba la otra vez, o se ni siquiera estoy actualizada en la música, ni en las películas, no veo mucha tele, de repente me obligo a ver noticias como para saber algo de actualidad.

E: La M. entonces... son como tus apoyos fundamentales.

P: Si, ellos son los dos.

E: ¿Y eso fue siempre así o antes recurrías a otras personas?

P: Ehm... bueno mi hermana siempre ha estado en mis momentos difíciles, a pesar de que tenemos diez, casi diez años de diferencia, eh... se puede decir que desde de todo lo que pasé con mi ex marido, de ahí en adelante y con N. hasta el día de hoy es la, es el apoyo que tengo. En ella me refugio, ella me ayuda en todo. Y antes, no, porque antes, yo siempre he sido muy social, tenía muchas amistades, pero no amistades de contarles mis cosas, así como... súper hermética, si... para carrete. Para distraerse, para salir a tomarse un traguito a lo mejor o para salir a hacer unas compras, pero más que eso no.

E: No es como un apoyo para contarle tus cosas.

P: No, no es como si tengo un problema estoy llorando, ven ayúdame, no nunca. No, mi hermana. Nada más.

E: La M. cumple ese rol.

P: Si. Siempre la M.

E: ¿Y alguna vez te juntaste con alguien para algún fin grupal, como por ejemplo decías que eres buena haciendo manualidades, siempre lo hiciste sola, o aprendiste con alguien...

P: Aprendí por el colegio del N., en... una amiga que teníamos, que los niños eran amigos en el curso, entonces hacían, porque vivíamos cerca hacíamos los trabajos grupales, si habían actividades para hacer baile de los papás, ahí siempre estábamos juntas, y ella empezó con eso, y yo lo miré, no necesité de clases ni nada, miré cómo se hacían y de ahí con mi imaginación empecé a sacar cosas, nunca fui a ningún taller, el único taller que he tenido en mi vida ha sido aquí en el COSAM, que fue cuando ayudé a mi marido a salir de la, de la... adicciones. Entonces acá tuve una amiga que hasta el día de hoy la tengo, que fue la amiga que tenía en el taller. Que ella es mucho mayor también que yo, y todavía tenemos contacto, nos hablamos, ahora hace mucho tiempo que no la veo, hace como un año, pero siempre hay contacto, por teléfono, por el facebook, ahí sabemos una de la otra.

E: Esa fue como la actividad grupal que tú hiciste, del tratamiento de tu marido en ese momento.

P: Si. Y ahora. Ahora que mi hermana me invitó. No, nada más.

E: ¿Qué te pareció esta primera actividad que tuviste en el COSAM?

P: No para mí, era como decía en un minuto, yo me comprometí mucho. Lo estábamos pasando muy mal y había que ayudarlo y además entendíamos que uno era como, fue como una co dependiente de ellos. Era como que uno igual fomentaba que, no fomentar, en... pero claro. Entonces me comprometí mucho con el grupo, además como me tocó la señora Sonia en taller y ella nos ayudó cualquier cantidad. Mucho.

E: Y además hiciste amigos.

P: Si, hicimos amigos.

E: Qué bueno, que haya funcionado bien ese taller.

P: Sí, mucha nostalgia de ver el lugar, bueno, nostalgia en el sentido de esos tiempos a pesar de que uno sufría pero igual lo pasaba bien dentro de todo, por los asados que se hacían, las convivencias, aprender de las demás personas, de lo, del sufrimiento, o sea a mí me dejó muy marcada me acuerdo una abuelita de esos años, que iba por su hijo que tenía como cincuenta años. Que quedó soltero y era la mamá. Era el hijo soltero que quedó en la casa, siempre fue un problema para ella, y él estaba en drogas, no en alcohol, eran drogas y vendía todo me acuerdo, muy mal. Y yo con mi compañera como éramos más, éramos, fuimos como las que empezamos el cuento, esto ya después de dos años a lo mejor, no me recuerdo muy bien, si la gente que iba llegando nueva era como que ayudábamos a la señora Sonia igual a mostrar nuestra ehm... experiencia, cómo la podíamos manejar ante esas eventualidades que pasaban. O sea a mí no me cabía en la cabeza que un hombre viejo, que ella todavía se hiciera cargo, si era muy abuelita me acuerdo, y yo le dije no sé, en ese minuto no fue como a lo mejor la manera para decirle que ella estaba mal. Y ella me decía que, que en mi caso iba por mi marido, me decía es muy distinto tener, venir por un hombre acá, que venir por el hijo. Porque hijo va a ser toda la vida hasta que uno se muera, en cambio el marido uno lo puede cambiar, me decía ella, puede venir otro. No es alguien que está ligado independiente que hayan quedado hijos de ese matrimonio, pero es una persona ajena ti. La sangre es más, es con más dolor, eso era lo que ella me quería decir, uno por los hijos, aunque pudiera haber ido con los pies a la rastra, ella lo hubiera hecho igual, hubiera tenido la edad que tuviera su hijo. Que me quedó muy marcado. Porque claro, es fácil hablarlo desde el otro punto, desde mi punto de vista, porque, yo decía pero cómo a esa edad, que no qué... pero claro yo lo viví con el N. y era chico y ahora es grande y de verdad, aunque él tenga 30 o 40 años va a ser siempre mi preocupación, lo que le pase siempre va a ser doloroso. Y eso rescaté mucho porque nunca se me ha olvidado. Nunca se me ha olvidado esa experiencia de la abuelita. Que uno ve lo de uno no más.

E: O cuando uno todavía no tiene hijos...

P: Sipo, ahí iba uno con el dolor que tenía uno en ese minuto no más, pero encontrábamos... que ella viniera así, tan viejita, y era súper comprometida.

E: ¿Siempre iba?

P: Siempre iba.

E: Qué bonita historia.

P: Sí, muchas cosas nos pasaron aquí, fueron buenas y malos momentos, pero todo rescatable. Nos sirvieron mucho para crecer, porque yo me juntaba, no sé antes de que naciera Ma. fue la última vez que estuve con mi amiga, y hacíamos recuerdo, y conversamos con su marido, eh... no sé tardes enteras de repente una madrugada conversando y hacíamos recuerdo y de verdad que crecimos, aprendimos mucho, crecimos, ayudamos a mucha gente también. Después terminamos haciendo como un taller para ayudar a niños, adolescentes en drogadicción. Y también eran temas muy complicados, era muy distinto manejarlo a manejar adultos. Era bien complejo.

E: ¿Y ustedes eran parte de ese taller?

P: Sí, también fuimos, sí ahí fue otro taller que fuimos. No, fuimos para aprender. Yo de hecho tengo todas mis carpetas guardadas como un tesoro para mí. Todo lo que me entregaron aquí, diplomas también, todo, todo, todo, tengo lo de mi marido porque él no se lo llevó, todo lo tengo guardado, las tarjetas, de... que entregan aquí para pedir las horas, tengo todo guardado, todo, todo, todo, todo.

E: Fueron hartos años igual po.

P: Sí, fueron hartos años que estuvimos acá. Y en ese taller también, y ahí aprendimos a ver que todo partía porque uno era sobreprotector, habían muchas maneras de, de, de, ser mamá. Muchas maneras. Y cómo uno se equivoca. Si.

E: Y M. en general ¿Qué impresión tú tienes de las instituciones de salud, ya sea aquí el COSAM, el consultorio, los hospitales?

P: Bueno, yo no puedo, yo de verdad que no puedo hablar mal porque no sé, será cosa de suerte yo creo, porque hay mucha gente que no habla muy bien, pero yo tuve, yo he tenido suerte en todos lados. Cuando he tenido que ir al hospital, que me han operado, que he tenido mis hijos, que he tenido, no sé po, eh... dolencias de alguna cosa, a lo más no sé, servicio de urgencias, que siempre va a ser caótico en todos lados, pero tengo como harta paciencia y, y en el consultorio igual, o sea yo encuentro que el consultorio de antes a ahora ha tenido un avance, la gente está más humana, el trato mucho mejor, hay como más actividades, más cosas, más preocupación por el paciente, y acá en el COSAM nada que decir, yo de verdad que soy una agradecida. Uno siempre aprende algo, y una red de apoyo e súper importante para uno que, que yo me imagino pa un... o sea yo hablo como que fuera viejita, no soy tan viejita pero como que me tocó vivir esto de muy joven, entonces me siento casi anciana a esto, y el antes a ahora, claro ha ido evolucionando y es una gran ayuda para los que somos ahora, para la gente que recién tiene hijos, que viven con hartos problemas, eh... no es que uno quiera ser clasista pero lamentablemente uno ve que en las poblaciones ya los niños ya son guaguaitas y ya son, tienen tendencia a ser, como que uno ya los califica que va a ser delincuente, o que van a ser, no sé po, que van a hablar mal.

E: Por haber nacido ahí.

P: Si, por los papás que tienen, esas relaciones, yo que ando tanto en micro, en metro, aunque anden súper bien vestidos, no hay caso, no hay caso.

E: O sea que has tenido una buena experiencia en general en las instituciones de salud.

P: Si, en todos lados, si. Si, he recibido harta ayuda, he tenido harta suerte. Solo esa vez que comentaba la otra vez de la psicóloga que me tocaba que yo encontraba que ella... claro, que ella no me pescaba pero al final entendí que ella trabajaba así y me ayudó mucho. El único pero era que con el... que tenía cada cierto tiempo que contar la historia de nuevo porque me cambiaban la psicóloga, entonces uno va haciendo igual... como que cuesta igual volver a tocar heridas que uno piensa que va sanando.

E: Para nadie, yo creo.

P: No, y que uno tenga la compatibilidad con el psicólogo, de repente no. A mí me tocó dos veces un psiquiatra que era súper bueno, uy, me hacía reír y todo, era excelente, el psiquiatra que me tocó después era el terror, acá. Entonces lo pasaba mal cuando me tocaba psiquiatra. Era no... mal, nunca compatibilizamos, yo creo que era mutuo, no había caso, porque al final terminaba peleando. Después no vine más.

E: Dejaste de ir por eso.

P: Si, dejé de venir por eso. Que tomar los medicamentos... me alejé. Fue como el episodio malo, y triste lo de los cambios de las psicólogas, pero como te digo tuve suerte porque me tocaron psicólogos y psicólogas que me ayudaron po, que fuimos compatibles, que podemos llegar a un acuerdo.

E: Qué bueno. Y bueno, ya me contaste cómo llegaste al COSAM la primera vez, tú marido en ese entonces en tratamiento de rehabilitación ¿Cuántos años estuvieron en ese proceso?

P: Yo creo que fueron unos tres.

E: ¿Se fue de alta él de ese proceso?

P: Se fue de alta.

E: Ah, lo hizo completo.

P: Si, lo hizo completo, súper entregado, estuvimos como todo ese año bien después que salió y ahí empezamos ah... lo que pasa es que uno entiende que el problema en sí, yo lo vine a entender después cuando traía al N. al psicólogo, de que en ese minuto la prioridad era la droga y el alcohol, entonces uno no ve, ve que lo demás da lo mismo, porque eso es un sufrimiento muy grande entonces uno quiere solucionar esa parte, y después que estuvimos varios meses sin que haya eso, nos empezamos a dar cuenta de que no era compatibles como pareja.

E: Desapareció esa preocupación...

P: Y aparecieron otras, y ahí ocurrió la separación y todo eso. Pero siempre en contacto, hasta el día de hoy, yo ahora estoy feliz porque él, bueno después de eso a los dos años después que terminó el tratamiento acá, cayó en el típico que, que siempre he escuchado, cuando decían, no me voy a tomar para ver si de verdad esta tratamiento funcionó, y de ahí no paró más, hasta este año, en marzo. Y con la droga pasó lo mismo, lo mismo, por casi once años, llevaba ahora.

E: ¿Cuánto tiempo, hace cuantos años te separaste?

P: Hace trece, trece años.

E: O sea estuvo más o menos ese tiempo.

P: Si porque hubo dos años que estuvimos separados que él no estuvo con nada y de ahí recayó, y llevaba once años, o sea en marzo como digo, de marzo hasta ahora, lleva un par de meses en tratamiento pero él tiene mucha fuerza de voluntad, y yo lo estoy llamando como una vez al mes, lo llamé, porque él me llamó para contarme. Yo me imaginaba sí, pero que él me lo contara, súper bueno, tenemos muy buena relación. Y lo tiro para arriba, todo lo que pueda, le digo yo, todo lo que sufriste, qué bueno que saliste de esto, como que él dice ya tocó fondo, él ahora dice que ahora tiene como más experiencia, con todo lo que vivió antes, más todo lo que le tocó vivir de nuevo con estar metido de nuevo en la drogas y el alcohol, él piensa que nunca más va a volver a recaer, entonces yo espero porque en definitiva tiene que seguir adelante, tiene que seguir viviendo, es joven todavía.

E: Le queda harto por delante.

P: Si, si.

E: Pero qué bueno que al menos haya retomado su tratamiento. No es fácil después de tanto tiempo. No es una decisión que se tome así como a la ligera, pa nada. Qué bueno. Ehm... bueno ahora te voy a preguntar algunas cosas como respecto de la salud, ya estamos casi llegando al final... y quería preguntarte como cuándo tú puedes decir así como, me siento mal, como qué cosas te pasan para tú poder decir que te sentís mal, que te estai enferma que...

E: ¿Enferma de cualquier cosa o de depresión?

P: De cualquier cosa, de emoción... Primero de lo físico y después... ¿qué te pasa a ti para decir estoy mal?

E: Cuando no tengo ganas de hacer mis cosas, para mí es muy importante tener mi casa limpia, si en verdad yo debo tener alguna patología, alguna enfermedad con respecto a eso. Yo me frustro cuando me enfermo, por ejemplo en agosto estuve dos semanas enteras que no podía ni siquiera bañar a mis niños, que con suerte iba al baño, que no me podía servir ni una taza de agua, no podía

caminar, no podía hacer la cama, nada porque sufro de asma y me da mal y fuerte, que no puedo respirar, me ahogo, quedo botada. Y eso, y eso me trae pésimas consecuencias porque me deprimó mucho, caigo en un estado sí, mal, porque siempre he sido autosuficiente, me carga molestar, me carga depender de los demás, y mi marido se porta, mi pareja se porta re mal, porque a él no le gusta que yo esté enferma, él dice que es como que estai muerta, me dice, como de verte que estai tirada siendo que tú siempre súper activa, te haces todo, a él le produce ehm... el efecto contrario, él se pone mal, se pone pesao conmigo, no me ayuda en nada. Es como al revés de mi hermana, que él todo para mi hermana y él al revés, si me trata mal, no me cuida, no me da nada, entonces ahí tengo que recurrir a mi hermana, a mis papás, que ellos ya sabe que funciona así, entonces ellos me tienen que llevar al doctor, ellos me tienen que hacer la cama, o igual llevar a los niños, hacer comida, porque él de verdad que no hace nada. Para él es como que vive un duelo, que lo mata cada vez que yo me enfermo a ese nivel. Para él es lo peor.

E: Y además como emocionalmente, de sentirte...

P: No, a él cuando me ve por ejemplo que estoy triste, o que estoy llorando me ve que estoy mal, él si se preocupa. Él, de abrazarme porque esté llorando, ya vamos, salgamos, te ayudo en algo. Yo físicamente que ya quedo botada para él es como que yo lo estuviera atacando. Él reacciona muy mal. Él no se explica porqué así, dice que trata de cambiar la actitud pero le cuesta mucho.

E: Se da cuenta pero...

P: Sí, si se da cuenta de todas maneras. Porque me ve llorar, me ve que estoy mal y él dice que sufre pero que no puede hacer lo contrario. Como que se lo impide algo. Pero cuando me ve llorar, no. Cuando me ve triste, me saca, ya hagamos esto, me hace reír. Me regalona. Mis bajones cuando me vienen son... son así porque no sé, a mí mi mamá me mata, y mi hijo mayor me mata.

E: Cuando tienes problemas con ellos.

P: Sí, con ellos dos, son como mi... me tiran al suelo. Yo creo, yo muchas veces he pensado que si yo terminara con mi pareja porque encuentro que él es lo máximo que me podía tocar, es tan bueno y todo, si lo malo que tiene eso no más... eh no sufriría tanto. Porque como que yo tengo en mi cabeza siempre de que las mujeres no nacimos con hombres, que nosotras somos autosuficientes y que podemos estar súper bien, que trabajamos si tenemos las manos y los pies buenos, podemos trabajar, no necesitamos que nos mantengan, me carga que me mantengan, yo necesito mi plata, necesito mi independencia, mi libertad. Pero si le pasara algo a mi hijo o pelea con mi hijo, a mí eso me tira al suelo. Y con mi mamá igual. O con mi... Sí, mi punto débil.

E: Y si te hiciera la pregunta al revés como, ¿Cuándo puedes decir que estas bien, me siento bien, estoy tranquila, como que las cosas van bien?

P: Cuando no tengo problemas con ellos...

E: Cuando estás bien con...

P: Sí, cuando estoy bien con mi hijo veo que está todo normal, que no me produce inquietud, que lo veo tranquilo eh y cuando tengo buena relación con mi mamá.

E: Con ellos dos.

P: Cuando no peleamos, claro. Sí, sí, sí porque cuando el Ma. se enferma es como que tengo súper claro que los niños se tienen que enfermar, que les va a pasar algo, a menos que sea como mi súper culpa de, de no sé po, que fui negligente y yo hice que se resfriara, por ejemplo, que él es asmático, como que contribuí a que él se enfermara o la A., pero no ocurre, porque soy como tan aquí con ellos que no me pasa. Y con el Julio si me enoja, es que yo con los hombres soy así, como que bueno, si nos enojamos en algún momento se va a pasar, soy muy de conversar las cosas, entonces en el minuto estoy muy enojada y me voy para adentro, no hablo nada, soy como bien indiferente, y cuando van pasando los días, cuando ya pasa la rabia, la pena, lo que sea, ahí me siento a conversar, lo conversamos tratamos de cambiar. Soy más de eso, de conversar, entonces como que no. Por eso digo, o sea si yo, él me llegara a dejar... si se muere me voy a morir, que es lo máximo, pero si él no sé me es infiel, o se va con otra mujer, o terminamos, el amor, qué penoso, lo voy a pasar mal pero no me va a limitar ni me va a matar, no me va a postergar. O sea no me pasó con mi ex marido, que fue en un minuto difícil para mí, por quedarme con el N. chico, que él era como, teníamos el furgón escolar en ese tiempo entonces quedé como a brazos cruzados, tenía como que volver a empezar con todo, como que mi papá también quedó descolocado, porque compró el vehículo pa él y lo dejó botado, o sea lo pasé mal en muchas cosas y sobreviví, soy como de... además yo viví una depresión mal, de estar en cama, de no querer comer, no ver nada. Y me levanté y salí adelante, entonces como que aprendí de esas herramientas, puedo tener un bajón, me puede durar un mes, pero me levanto.

E: ¿Cuándo fue eso?

P: Hace hartos años atrás, cuando llegué al psicólogo acá de nuevo, no sé, a ver, yo creo que fue en el tiempo de cuando el N. empezó a delinquir... sí, de la adolescencia de él, tenía él doce años cuando empezó todo esto. Entonces sumar a la adolescencia que es difícil, eh... yo ahí tuve como un bajón, que estuve varios meses sin trabajar. Me molestaban en la casa porque me decían, ya, te encontramos una pega y yo como que... no sé... era como que me castigaban porque yo quería ir a trabajar. O sea porque tenía que ir a trabajar. Claro, tenía que mantener a mi hijo y me tenía que mantener yo, nadie me iba a mantener. Él no me daba pensión alimenticia, nada.

E: Estabai solita con las cosas económicas

P: Estuve harto tiempo si, hasta que por el N., me encontraron aquí la psicóloga de él me encontró que estaba mal, y ahí empecé a recibir terapia en conjunto con él. Y salí adelante, llegué a un taller también de puras mujeres que también estaban mal y a uno le sirven mucho las vivencias de los demás, los talleres son muy buenos porque uno se encierra mucho en el problema de uno. Y uno aprende que lo de uno al final es como ir al hospital, o sea mi dolor, no sé, si tienes dolor de vesícula que está con ataque... pero hay personas que se están ahogando, o que están cortadas, que están entre la vida y la muerte y el dolor a uno se le pasa.

E: Claro es como que... la experiencia de los otros ayudara a ver las cosas más en perspectiva...

P: Justamente. Y agradecer lo poco y nada que uno pueda tener, las herramientas que a uno le dan, yo soy súper agradecida de todo lo que me dan, porque uno de eso va aprendiendo. Eso es lo que siempre le digo a mi hermana, cuando está con bajón, que ella me reclama porque me dice que yo no soy de abrazarla, de decir...

E: Bueno la M. tampoco...

P: No, ella no es expresiva pero ella sí necesita que le hagan los demás. Y yo soy de piel, de abrazar, de besuquiar y todo, entonces ella como que está esperando que yo, me demuestre esa parte que tengo, y como no lo hago porque soy todo lo contrario, yo no quiero que ella se hunda, quiero esté ahí y que esté bien, entonces la reto y le digo esto tenis que hacer, y ya, sécate las lágrimas, tenis tres hijos, tenis que moverte.

E: Tu eres como su motorcito cuando se queda en pana.

P: Si, si, así como ella me ayuda, yo la ayudo también.

E: Entones, si entiendo bien, cuando has tenido estas dificultades, no sé, de bajones fuertes o con tu hijo, con tu pareja, las instituciones de salud han sido un lugar al que tú has recurrido, como que ahí... me pasa esto y voy al consultorio y de ahí me mandan al COSAM...

P: Ahora es muy difícil, antes era fácil porque bueno, me tocaba que como el N. estaba acá, me pudieron ayudar.

E: Te derivaron por interno.

P: Claro, pero ahora creo que es mucho más difícil, a uno la tienen que derivar del consultorio y viéndolo que sea como muy complicado, o si no lo tratan ahí. Entonces a mi me pasa que yo estoy con un psicólogo en el consultorio por la A., y me cuesta mucho de repente expresarme con él, una porque es hombre, porque ellos tienen, los hombres tienen perspectivas distintas a las mujeres, ellos son más prácticos, uno como que se enrolla en otras cosas, y además no le ven como la parte más emocional.

E: Es más frío.

P: Mm... entonces me cuesta un poco llegar a él. Pero él me decía, que el tema de la A., de tratarla y todo, no necesitaba llegar acá. Que necesitaba que... él me daba las herramientas y yo tenía que utilizarlas. Me frustró en algún minuto, yo decía cómo va a ser tan difícil llegar ahora, pero es así, eso es lo complicado. Yo sé que hay muchas personas que necesitan ayuda, estoy súper clara... obviamente hay cosas más importantes que ver mi caso. Así que por eso me conforma

E: Pero eso no quita que... tú te preocupes por tu historia, por la A., por tus hijos. Que hayan otras personas sufriendo no le quita valor a tu...

P: Si, si lo sé pero bueno, si él que es una persona que sabe me lo dice.

E: Claro, a lo mejor tienes algún cariño especial por esta institución porque te conocen, has pasado por hartas dificultades aquí, entonces sería mucho más cómodo a lo mejor me imagino venir para acá y estar en un lugar conocido, encontrar caras conocidas que en el consultorio, que la gente igual cambia más rápido.

P: Si, eso es verdad.

E: Esa es como una diferencia que tu dirías que hay entre antes y ahora.

P: Si, esa es la diferencia.

E: Y en ese mismo sentido, lo que vienes diciendo, porque creo que has respondido esta pregunta en distintos momentos, pero para hacerla más completa ¿Cómo crees tú que debe ser la relación del profesional de salud, del consultorio, del COSAM, con las personas que atiende, cómo te gustaría a ti si tuvieras que poner un ideal, cómo sería, cómo tendría que ser el psicólogo, tendría que ser el psiquiatra, como tendría que tratar a las personas que vienen para acá?

P: Ehm... yo creo que bueno como yo nunca he tenido como ese problema así de que no empaticemos, encuentro que... no sé qué puede ser, como, porque yo los encuentro como todos amorosos, como que tienen vocación para ayudar, como que lo primordial para uno cuando está mal es que la escuchen, es sentirse escuchada, que pueda como entender eh... la parte que no puede entender una amiga por ejemplo, entonces encuentro que acá lo hacen como... bueno en el consultorio cuando uno va al doctor, lo mismo, ojalá que uno fuera acogida por el doctor, que entienda que la dolencia que uno trae o la preocupación por el dolor, o lo que se puede imaginar que puede pasar, bueno, no siempre están porque también los doctores atienden muy rápido en los consultorios, no es como cuando uno va a una consulta particular, que ahí esta toda la atención, que si uno se puede demorar una hora, una hora y media, y va a ser bien atendido, bien recibido, va a quedar claro todo lo que uno va a preguntar, lo dejan súper claro a uno. En el consultorio no pasa eso porque todo es rápido. Las respuestas son rápidas.

E: Y ¿notas alguna diferencia en cómo tratan o te han tratado los médicos y los psicólogos?

P: Sipo, los psicólogos atienden mucho mejor, pero yo creo que por eso también, porque ellos saben que tiene que ser así po, me imagino, ser más empático con la gente. Escucharlos, igual debe ser una lata todo el rato escuchar los problemas de los demás, hay que tener vocación para eso, yo creo, no es fácil. Además también desconectarse y no llevarse el trabajo para la casa, o sea, la pena, la amargura de los demás.

E: Si po, me imagino que son complejidades de este tipo de trabajo... todos los trabajos tienen su... sus pros y sus contra.

P: Si.

E: Ya sea trabajar en una empresa, o una oficina, o maquinaria, todas esas tienen estrés por ejemplo de los accidentes... nosotros acá un accidente sería muy raro, pegarse un cabezazo contra el escritorio, pero hay trabajos donde accidentarse es súper posible, en todos los trabajos tienen ahí sus riesgos, sus beneficios, sus desventajas. Y estas últimas preguntas son respecto del taller que hicimos, del tiempo que estuvimos nosotras tres, nosotros dos contigo, con M. y con Kiniko, y también después como de la jornada final que hicimos. Como ¿qué significó para ti participar en este grupo, ser parte de la construcción de una intervención? De pensar esta jornada que hicimos.

P: No, fue súper buena la invitación, por lo mismo que decía antes, era un cariño, porque sé que acá ayudan mucho, y primero pensé que era un taller como para ayudar a alguien, pensé que era algo como así, y no po, uno termina ayudando y ustedes terminan ayudándole igual a uno, eh... no, me gustó mucho, fue muy bueno, fue bonita experiencia.

E: ¿Y el final?

P: El final sí, me dio mucha pena, yo le decía a mi hermana me da pena, ya no vamos a venir más... ay me dice tan pegote que eres. Es que yo de verdad pensé que íbamos a seguir viniendo, pensé que eso era como para cerrar el taller de ustedes, que es como el ciclo de terminar el año, pero pensé que iba como a continuar, pensé que iban a continuar, claro, entonces por eso me daba pena, me quedo como con un nudo en la garganta.

E: Fue un experiencia importante.

P: Si, súper buena, muy agradecida.

E: ¿Y qué crees tú que le habrá pasado a estas familias que llegaron? porque claro ustedes sabían ya a qué venían ese día a la jornada, porque ya lo habíamos conversado ¿qué crees que le paso a estas familias que llagaron justo a esa jornada más grande?

P: Yo vi muchas caras, de la gente, estaba muy contenta y comprometida, le gustó mucho la actividad, y verse reunidos como familia, yo creo que se reencontraron, fue como un reencuentro en la... bueno yo no las conocía a ninguna pero solo a nosotros del grupo, pero a los que yo vi, los vi como uy que rico, así como... si, como que lo pasaron bien, como que se reencontraron igual, porque están en una actividad haciendo algo en familia, y después más que nada pensar en qué nombre le van aclocar, cuál era su significado, o sea hubo tiempo invertido, y hubo harto compromiso, todos, me llamó la atención el papá que vino con su hijo...

E: Con el chiquitito.

P: Si, me llamó la atención él, que no se achunchó ni nada.

E: Era el único papá

P: Sipo era el único, también vi a una abuelita, vino con su nieto...

E: ¡Era la bisabuelita!

P: Ah era la bisabuelita, también que llegan las personas así me gusta, porque encuentro que es impagable, ese espacio, que le den para todos iguales, que no haya edad, súper bueno.

E: Si po a mi igual me gustó hartó. Y ahora pensando en estas sesiones que tuvimos nosotros, donde nos juntamos todos los lunes, eh... cuáles de todas esas cosas que hicimos entre conversar, entre hacer el árbol, entre planificar, y todo, cuáles te gustaron más y cuáles te gustaron menos, o cuáles te hicieron más sentido y cuáles no.

P: No, yo creo que del árbol aprendí mucho, es que eso de es que a veces uno lo junta todo, y tener que ver efectos y consecuencias, no... causas y efectos, entonces como pa, pa separar las cosas y poder analizar lo que uno vivió desde siempre, todo parte desde que uno es chica, entonces ahí como que uno va desglosando todo, le van quedando como las ideas más claras, y eso fueron como dos o tres sesiones que hicimos, me gustó porque aprendí hartó, me quedaba dando vueltas en la casa, por el camino...

E: Quedabas como pensando

P: Sí, sí, eso como que me llamó más la atención, porque sentí que aprendí, aprendí mucho de ese árbol. Y no, y los menos, no creo... a lo mejor no venir más.

E: Te hubiera gustado que dure más tiempo...

P: Claro, lo que pasa es que fue como poquito porque tuvimos muchos feriados, que eran justo lunes, después yo me fui una semana de vacaciones, o sea como que se perdió, y en una que no vine porque se me olvidó, como que era la segunda vez y no vine porque me olvidé, entonces al final como que fue muy poquito.

E: ¿Cuánto tendría que durar para ti un taller así? ¿Cuánto tiempo, cuántos meses?

P: ¿Pero como de conversación? Uy sería ideal siempre po, que uno tenga como ese espacio, yo creo que sería bastante beneficioso para que la gente por ejemplo los talleres que hay aquí de mujeres, de papás, de lo que sea., les sirve como para seguir ehm... como dijera, como evolucionando, como para que... porque hay gente que se va y hay muchas personas que se les olvida todo lo que

aprendieron y le puede servir como para seguir viviendo, hay muchas herramientas que dan como para seguir enfrentando los problemas de repente esos bajones porque yo lo entendí en esos años, cuando tengo esos bajones, sé que me tengo que parar, que ya me doy como la licencia de estar a lo mejor, dos, tres días mal, porque tengo que botar ese estrés, tengo que botar la pena, no sé llorando, amargada, como que me doy ese tiempo, pero hay personas que no tienen ese pensamiento y pueden pasar meses pueden pasar semanas y se olvidan de los hijos, se olvidan de que tienen que seguir funcionando, entonces estos talleres sirven como para que estén ahí po, presente, alerta, como claro, como participando. Debería ser como continuo, un taller que siempre fuera agregando gente que va saliendo de los otros talleres a lo mejor, pero que no sea como obligatorio, depende de las necesidades que tenga la persona.

E: No como un tratamiento.

P: Claro, no como un tratamiento, como que la necesidad de que tenga la persona de que cuando vuelva a caer, no sé po, que tenga aquí como un apoyo para sostenerse de nuevo, como que le vuelvan como a revivir, eso. Eso sería como súper bueno, Peor la gente que se comprometa de verdad po, porque hay otros que vienen como por obligación, porque lo tienen que hacer, esa gente siempre vuelve a caer en los mismo

E: Sipo no todos tienen la misma motivación para venir, hay gente que quiere venir un ratito

P: Se aburren porque quieren irse, claro

E: Pero hay hartas personas que ,manifiestan esas inquietudes como de... y ahora que po, este taller me sirvió mucho pero fueron qué ocho sesiones, dos meses y ahora...

P: Con mi amiga de esos años, conversamos cuando hablamos por teléfono porque ella también tuvo hartos problema con su hijo, también se llamaba N., coincidíamos en muchas cosas, pensábamos que era el nombre. Y ella me decía que, claro, llegó con él acá en la adolescencia de nuevo, o sea llegó con el por primera vez porque había venido con su marido, Y ella eso le sirvió mucho para seguir, para seguir ahora con el, pero igual todavía le da algo de problemas, pero ella es tan comprometida como yo entonces las herramientas claro ella más pendiente las siguió ocupando, y ella no se da la licencia de caer, a eso voy, que la gente cuando se compromete de verdad que aprende,

E: Y puede enseñarla otras personas

P: Claro y las que no, no po, están e tiempo que tienen que estar y después se va y después a lo mejor con el tiempo vuelven ya sea por un hijo, por ellas mismas, o llegan a otro lado}

E: Y qué desventajas tienen estos procesos así grupales, le ves alguna desventaja, alguna dificultad, por ejemplo cuando le preguntábamos a... nos decía la convocatoria, imagínate hubiéramos tenido la cantidad de gente que tuvimos ese día en la jornada todos los lunes, qué cosas podríamos haber hecho, las conversaciones que se podrían haber...

P: Es que siempre sale conversaciones, siempre una conversación es importante. Es que alguien vienen, no sé a lo mejor de haberlo pasado mal en la semana, y todos ahí, redes de apoyo para ayuda s tirar para arriba. O sea no encuentro que sea desventaja que haya harta gente porque yo he estado con grupo con mucha gente que, como decía delante uno va aprendiendo de los demás. No me parece que se una desventaja que haya más gente, todo lo contrario. Se puede hacer, si funciona,. Yo he estado en dos talleres con harta gente y ha funcionado, gente que se ha ido rotando, y gente que se mantiene, y ha funcionado súper bien.

E: Y la última de las preguntas imagínate que volvemos a hacer esta actividad como desde el comienzo, ¿qué cosas le cambiarías, qué cosas podríamos haber hecho distinto?

P: No sé. No se me ocurre, no, no se me ocurre porque está la conversación del de cómo estuvo la semana, y después se iba como al fondo de a qué íbamos en el día que correspondía y no sé y tomábamos tecito, era como cálido,

E: Pero...

P: Se hacía corto el rato, se pasaba volando,

E: Si po

P: Igual estábamos harto rato pero se hacía corto. Entonces no sé., no se me ocurre porque encuentro que lo aprovechábamos súper bien. Éramos las tres que veníamos más ustedes dos, bien, si me gustó

E: Qué bueno.

P: Súper agradecida, de todas maneras

E: Bueno ahora no queda nada más que agradecer la participación, la entrevista, para nosotros es súper importante poder escucharlas a ustedes, esa era como la parte central de la investigación que estamos haciendo, escuchar a las personas que vienen acá al COSAM, las cosas es que piensan, las cosas que les gustaría que pasaran, y creo que ustedes fueron las mejores alumnas, estrellas, así que nada más que darte las gracias.

P: No, gracias a ustedes. Nombre del archivo:

Entrevista 4

Lugar de la entrevista: COSAM Conchalí
 Participante: Mujer, usuaria programa VIF y programa infanto-juvenil
 Entrevistador: N. C y F. V
 Fecha: Diciembre 2014
 Duración: 01:26:34
 (E1) - (E2) – (P): Entrevistador 1 - Entrevistador 2 – Participante

E1: Lo que vamos a hacer es solamente esta entrevista y lo que te vamos a pedir simplemente es que vayas respondiendo nuestras preguntas, si hay alguna pregunta que no quieras responder, tú puedes decir “no en realidad eso no lo quiero contestar”, y también puedes terminar la entrevista en cualquier momento, o sea tu participación es voluntaria y puedes interrumpirla cuando tú estimes conveniente. ¿Sí?

P: Sí.

E2: Bueno, nosotros te conocemos pero como para efectos de la información y todo nos parece igual importante que nos cuentes un poquito de ti, quién eres, qué cosas haces, en qué trabajas. Un poquito de tu historia, como para poder contextualizar.

E: A ver, tengo 46 años, estoy casada más de 20 años con un personaje que no conocía, me separé hace 6 años. El que más ha sufrido por la separación es el B. que ahora tiene 10, iba a cumplir 4 años cuando se fue el papá. A la hermana también le afectó pero ella estaba más grande. A él le ha hecho falta su papá, su papá desapareció del mapa y lo vio... de los 6 años lo vio 3 años, y los otros 3 no lo ha visto. Eso le afectó mucho en su conducta y me llevaron a (inaudible), con psicólogo, con psicopedagogo, con todo lo que podía ayudarlo y la neuróloga me derivó para acá po, la neuróloga del hospital que lo atiende a él. A él lo atienden en neurología por las patologías que yo tengo. O sea lo ven desde que nació, prácticamente, y (inaudible) empezó a tener conductas agresivas, este año le pegó a la profesora, (inaudible) hacer de tripas corazón y traerlo para acá, estuvo con la psiquiatra, estaba, sigue medicado, cuando va al colegio solamente, eh... para poder controlarlo un poco, pero desde que empezó a venir acá tuvo unas sesiones con unos chiquillos de los psicólogos infantiles y, una última rabieta que fue un ultimátum, entre el (inaudible) toda la familia, y le dimos un ultimatum ya con esa pataleta que le dio nos dejó enfermos de los nervios a los tres. Que a mi a mi hija y a mi yerno, le dio una pataleta y, fue que lo tuvo que arrastrar por el suelo. (inaudible) ya después no aceptaba, después que se calmó todo nos sentamos a conversar los tres con él, y le dijimos o cambias, o cambias. Y cambió po. Cambió. Del 100 por ciento que se estaba portando mal, cambió un 80 por ciento, se porta bien, no se sacaba excelentes notas pero está dentro del rango de niños normales.

E2: ¿Quiénes son de la familia, quienes componen la familia ahora?

P: Mi hija del medio, mi yerno que es su esposo, B. y yo.

E2: B. y tú Ellos viven contigo.

P: Ellos viven conmigo. Que ellos son los que me ayudan también con el ámbito del estudio con el B. Porque yo claro algunas cosas, por ejemplo en historia yo soy capa, ahí me las arreglo yo con él, y un poco de lenguaje. Pero mi hija por ejemplo le revisa los... a él le hacen cálculos mentales en la mañana, 15 minutos, porque él tiene que llegar a las 8 al colegio, y de las 8 hasta las 8 y cuarto le hacen cálculos mentales y le hacen dictado de palabras. Entonces mi hija le revisa todo eso. Mi yerno le revisa las tareas de matemáticas y mi hija las de lenguaje.

E2: Ahí se dividen las tareas.

P: Se dividen las tareas, y ahí las palabras que están mal, las corregimos, la profesora también se ha equivocado, también le hemos mandado a decir las cosas que se ha equivocado. Una vez estaba haciendo la palabra víbora, B. la había escrito con v corta y ella se la corrigió con b larga. Y después B. aprendió a escribirla con b larga po, y resulta que víbora es con v corta. Claro. Y no fue una vez, fueron como dos o tres veces.

E1: Que ella se había equivocado.

P: Que ella se había equivocado.

E1: Bien, está, entre ustedes, en qué parte viven, de Conchalí.

P: En el Cortijo.

E1: ¿Y qué características tiene el Cortijo?

P: Es una población donde hemos ido pasando de generación en generación, por ejemplo, los más abuelitos que hay en la población yo los conozco de chica. Porque yo nací en la población. Entonces es pura, entre todos que nos hayamos visto una o dos veces o no nos hablemos nunca, nos conocemos de vista. Sabemos, y cuando anda, alguien extraño, cachamos al tiro que no es de por acá.

E1: Siempre has vivido en el mismo lugar.

P: Siempre he vivido en el mismo lugar. Es que hay el Cortijo 1 que es de la arboleda más o menos, después el Cortijo 2 que es de Cardenal Caro para acá, y el Cortijo 3 de Cardenal Caro hacia Vespuccio.

E2: Ahí vives tú, en el 3.

P: Ahí vivo yo, pero he vivido en los 3 Cortijos. Porque cuando más chica viví con mi abuela que estaba en el Cortijo 2 vive ella. Y viví con mi mamá y con su pareja en el Cortijo 1 que está en la arboleda.

E2: Y ahora en el Cortijo 3. ¿Y qué características tiene el Cortijo para ti, así como si tuvieras que definirlo? Si tuvieras que presentárselo a alguien que no lo conoce.

P: Una población con mucho estigma. Que (inaudible) gente mal, que hay puros drogadictos, y que hay puros traficantes y toda la cosa, pero yo creo que es como en todas las poblaciones de todos los barrios, se cuecen habas como se dice, como de una u otra forma. En otros lados pueden haber muchos más ladrones, acá a lo mejor hay mucha más drogadicción o traficantes como le dicen ellos, pero los que son de la población no se hacen daño unos entre otros. No hay grandes conflictos, como en otros lados que pegan, que salen en carreras de autos y pegan balaceras y mandaron al del otro pasaje y que vendieron pa acá y hicieron una mexicana y puras cuestiones así como... o por lo menos yo no...

E2: No te enteras.

P: Porque yo vivo mi metro cuadrado, yo con suerte yo saludo a los vecinos de mi pasaje por cortesía, porque es gente mayor y gente que me conoce de chica, yo los saludo de ida, de vuelta, en la mañana en la tarde, y yo me meto a mi casa y yo no sé de nadie más.

E1: Gente mayor en el pasaje.

P: Sí.

E2: Hay algunas cosas que son como más básica pero para que queden en la entrevista como por ejemplo ¿en qué trabaja?

P: Yo trabajo en el colegio del B.

E2: ¿Cuál colegio es?

P: El poeta Eusebio Lillo, soy la tía del kiosko, que ahora pasó a ser kiosko saludable y se me fueron las ventas así... Entonces pero de ahí estamos saliendo a flote igual. No llueve pero gotea, como se dice. Pero pa mantener y cambiarle el switch a los chiquillos, alguien tenía que asumir, y me tocó asumir po.

E1: El switch en el sentido del kiosko saludable, con otro tipo de colaciones.

P: Claro, exactamente de cambiarle el que comieran tanta chatarra los niños, pero igual traen chatarra de la casa. Y eso no lo podemos evitar nosotros. Solamente podemos evitar vendiendo cosas saludables en el colegio.

E1: ¿Qué ha significado ese trabajo para ti? ¿Hace cuánto tiempo trabajas en el kiosko del colegio?

P: 3 años.

E1: 3 años, y qué ha significado este trabajo para ti.

P: El sustento para la casa, un mantener a los hijos míos, que no les falte nada. Que es lo más importante para mí. El mantener la casa y mantener al B. bien sin que nada le faltara. Porque llegó un momento cuando yo recién me separé, yo trabajaba solamente en la feria, en los cachureos que le dicen, y a veces nos íbamos con plata solamente para el pan. Entonces el entrar al colegio significó mayores recursos y de poder estar más tranquila. De que X así cada vez que llagaban las cuentas, eso una tranquilidad.

E1: En el sentido económico

E2: En el sentido económico sí.

E1: En otro sentido...

P: Porque no tengo ayuda de nadie más

E1: Todos dependen de ti en tu familia.

P: No ahora no, porque mi hija y mi yerno me ayudan con las cuentas, con todo...

E1: Trabajan ellos.

P: Si ellos trabajan.

E1: ¿En qué trabajan?

P: Eh... mi yerno trabaja en una... creo que es como metalúrgica o algo así... eso como soldador o algo... el trabaja, le hacen trabajos para las mineras. Y mi hija es cajera de metro.

E1: Entonces ellos aportan también en la casa y tú no eres el único sustento.

P: No, no.

E1: Sin embargo, nos dices que trabajar en el kiosko ha permitido en el fondo darle a B. lo que necesita.

P: Claro porque en un principio los niños no vivían conmigo, ellos hace dos años están viviendo conmigo. Antes yo, llegó un minuto que quedé sola con... porque yo vivía con mi hija mayor, y mi hija mayor cuando terminó irse al norte con el tío, y yo quedé sola, y el quedar sola, ellos tuvieron problemas donde arrendaban, mi hija y mi yerno, y como yo estaba sola, decidieron irse a vivir conmigo. Y el estar en el colegio ha significado, aparte que en ese colegio estudié yo mi básica, estudiaron mis dos hijas mayores, toda la básica ahí, y eh... siempre me ha gustado ayudar en los colegios, siempre he sido del centro de padres del curso, ayudando en los cursos de mis dos hijas, y del centro de padres general del colegio, cuando estaban las niñas tenía mucha ayuda, muchos apoderados me ayudaban, muchas amigas mías que tenían a sus niños también ahí, me ayudaban mucho entonces yo decía, ya hagamos esto, y todas me apañaban y hacíamos un evento o lo que fuera, entonces como éramos hartos en el colegio, y con esa (inaudible) quedé y cuando volví con el B. al kinder, B. entró al kinder del colegio, ahí me agarraron y ya no me soltaron más. Qué bueno tú tenías que

quedarte en el centro de padres porque tú movís, aquí y allá. Pero ahora resulta que mis amigas las que me apañaban antes, no están po. Y los apoderados están muy muy muy reacios a cooperar. Entonces ahí estoy llevando el buque sola.

E1: ¿Por qué eh... aceptaste llevar ese buque?

P: Por ayudar. Porque los chiquillos tuvieran cosas en el colegio, gestionar, o hacer algo para comprar esto, o hacer una completada para comprar esta otra cosa, porque recurso mucho no hay. A los colegios chicos le llegan muy pocos recursos, y los recursos que llegan con para cosas específicas, por ejemplo, el kinder necesita juegos didácticos, se hace un proyecto y solamente para eso. Si nosotros necesitamos por decirte ya, hacer el jardín y comprar pasto, no había plata. Allá nosotros decíamos, ya hagamos una completada, cada curso coloca una donación y hacemos una completada y con eso se hacen ya, tantas lucas y listo, eso nos alcanza para el pasto.

E2: Cosas para el mismo colegio.

P: Para el mismo colegio, claro.

E1: ¿Podrías contarnos alguna? Así como la más emblemática que te acuerdes.

P: Esa del pasto.

E1: Esa del pasto fue verdad, no era un ejemplo.

P: No era un ejemplo, si es verdad, y el pasto después lo que pasa es que cuando salimos de vacaciones, el colegio tiene una cuidadora, pero no le pega mucho a la jardinería y el pasto se secó. Y ahí quedó la inversión, en nada. Ahora se volvió... a activar el plan de los jardincitos, y todo, hicimos otro jardín, y ahora se compraron plantas, se pusieron plantas. Vamos a ver cuánto van a durar las plantas.

E2: Han durado.

P: Hasta ahora han durado, porque se van a turnos los auxiliares ahora en el verano para tenerlo...

E1: Para hacerse cargo del jardín.

P: Exactamente. Nos pintaron el colegio, de la municipalidad, hace como 5 años que no nos pintaban el colegio.

E1: ¿Eso lo consiguieron el centro de padres?

P: No, no.

E1: Eso fue el colegio.

P: Fue el colegio. Pero fue por gestión municipal. Lo que pasa es que está muy abandonado el colegio. Así, nos pintaron el año pasado pero la pura fachada no más po, así como, por aquí pasó y listo, eso era. Ahora no, ahora fue completo. Ahora fue completo incluso ahora creo que estaban arreglando, nos estaban cambiando todos los tubos fluorescentes y haciendo la instalación eléctrica nueva, porque ese colegio tiene, yo tenía 6 años cuando entré al colegio y el colegio tenía un año antes, o sea tiene como 47 años ese colegio, y estaba la misma instalación eléctrica. Entonces fue de fuf! Que no hubo un incendio ni nada. Porque ahora los electricistas nos decían, que se encontraron con cada cosa, entremedio.

E2: Me imagino po.

P: Imagínate

E1: Recién comentabas que los papás ahora están más reacios que antes...

P: Súper.

E: Qué podrías contarnos sobre eso.

P: Mira, con decirte de que en el curso del B. son 23 niños. Con suerte vamos 10 apoderados a reunión. Con suerte. Eso es mucho.

E2: Eso es a las reuniones que llama el colegio.

P: Reunión que llama el colegio, que es, que incluso no son todos los meses, es mes por medio, a veces cada dos meses nos citan a reunión. Y eso es para que uno se entere de cómo está el hijo, en clases, cómo esto, cómo esto otro, qué es lo que vamos a hacer a fin de año, todo. Hay mamás que no conozco, con eso te digo todo. Ahora, por ejemplo yo como soy de la directiva del curso, y también quedé sola en la directiva por x motivo, tengo que ir a comprarles los regalos para los niños, y los dulces para la fiesta y todo, tengo 7, con el B. son 8 niños que han pagado las cuotas del curso para hacer la fiesta. De 23.

E2: Y el resto...

P: Y el resto no... No dan una explicación, y ahora que existe el wpp se hace el wpp del curso y las mamás no van a enterarse al colegio, qué es lo que cómo está su hijo, como está esto, como esta esto otro, nada, sino que por wpp, "tía sabe que el niño lalala va a llegar más tarde", listo "¿Qué materiales hay que llevar mañana?"

E1: O sea, como que con el wpp se ha perdido algo.

P: Si, incluso la profesora se salió del wpp, por lo mismo, para que no le estuvieran preguntando a ella las cosas.

E2: ¿Qué explicaciones se te ocurren a ti para que las cosas hoy día sean distintas de como las viviste tú con tu hija, o tú misma en ese colegio, porque ti has crecido junto con ese colegio, o no?

P: Si, o sea...

E2: ¿Qué cosa se te ocurre que puede haber pasado que hoy día es más difícil hacer las cosas que antes eran más fáciles de hacer?

P: No sé, y también se ha perdido el que... Porque ahora los papás como que no están ni ahí con la educación de los niños, no les interesa ahondar más allá de lo que los niños les dicen. Y aparte, de que los niños llegan oh... pero ni te explico, y eso lo vienen aprendiendo de la casa, los garabatos, la falta de, no sé si es falta de educación, porque, falta de hábitos, de no sé cómo llamarlo, pero eso de faltarle el respeto al profesor, y de cómo se llama, de decir garabatos a diestra y siniestra no importándole si está el profesor al lado tuyo, está el inspector, o está el director más allá, no están ni ahí, saltan los garabatos como que si fueran un rosario. Y yo he tratado de parar eso, siendo la tía del kiosko solamente, para ella el que va a comprar el que dice garabatos, no lo atiende. Y lo saben, se corren solitos. Y si no, los reto y les pego el grito "oye", pero son (inaudible) y a veces lo dicen así a la pasada, y dicen "ay tía disculpe se me salió", porque ya lo saben, saben que yo me enojo. Pero el que traigan eso de la casa, no sé cómo tratar de cambiarlo. Así como estamos cambiando los hábitos de la alimentación, tratar de cambiar ese switch de que de la puerta para adentro del colegio no dijeran garabatos. Si las mamás en el mismo hall del colegio "ya hueón andate pa etro", así, entonces qué le vamos a pedir a los niños. Yo poniendo carteles del centro de padres, que en el colegio se enseña matemáticas, castellano, historia, pero en la casa se enseña a respetar a los adultos, a no robar, a esto a esto otro. Esos son hábitos desde la casa, no son parte del colegio. No sé qué hacer, no sé qué más hacer, y apoyo no tengo.

E1: ¿Apoyo de quién esperarías?

P: De los papás po. De los papás. Obvio y si uno dice en reunión dice, a usted le gustaría que su hijo le faltara el respeto delante de todos los demás, no po, obviamente que no. Entonces ¿por qué el niño le falta el respeto a un profesor? Y eso se lo enseñan en su casa po. O él lo aprende en su casa. O donde esté, usted lo deje salir al niño, porque si yo lo dejo en la calle, obviamente el niño va a aprender otras cosas que uno no sabe. Bueno, hay mamás que llegan a la casa, tiran la mochila los niños y quedan en la calle.

E1: Es bien particular para el resto de las personas, de las mamás por ejemplo, en general tienen su trabajo, y además tienen que relacionarse con el colegio de su hijo. En el caso tuyo esas dos cosas están juntas, porque el colegio de tu hijo, justamente es donde mismo trabajas. ¿Cómo vives eso?

P: Es un peso extra. Porque con Karla lo conversamos y Karla me dio la opción de sacar al B. del colegio. Me dijo porque resulta de que a ti, llegó un punto de que yo estaba bajo tanto estrés, en el colegio de que todo lo que hacía B. recaía sobre mí. Y ellos no buscaban ninguna solución como colegio y como profesora, sino que al tiro la mamá, y como la mamá estaba dentro del colegio, no la tenían que salir a buscar, o no tenía que llamarla por teléfono para que fuera pal colegio. Y yo al B. este año lo iba a cambiar de colegio, pero él a última hora achaplinó y me dijo no, sabes que no me quiero cambiar. Y como cambió tanto de actitud, después se estuvo portando bien, y siguió portándose bien, no lo cambié. Y como yo también le di un paralé a la profesora y le dije, los problemas del B. y a las tías del PIE también, los problemas del B. los tienen que tratar de solucionar aquí, dentro del colegio. A mí cuando B. le pegó a la profesora me pidieron papeles de la neuróloga, papeles de la psicóloga, papeles de esto otro, cuánto está medicado, cuándo de toma los remedios, a qué hora se toma los remedios. Yo les traje todo lo que pidieron, ahora les toca a ustedes.

E2: Ahí como que separaron aguas. Como que se mezclaban las cosas más fácilmente.

P: Sí, sí, sí. Aunque a mí parecer nunca tuve 100 porciento el apoyo del colegio para con el tema del B. y del bullying que le siguen haciendo en la sala, según la profesora no, pero yo sé que sí. De que todas las partes en el asunto por los niñitos que le hacen bullying, o sea, me pidieron a mí no más que hiciera algo, pero a los niños, yo no vi ningún que metieran mano, que pidieran que los papás vinieran, o que los papás lo llevaran a un psicólogo o a algo por el estilo.

E1: Con respecto a estas exigencias que plantea el colegio a las mamás en general, y también en tu experiencia en particular te ha tocado más fuerte porque estás dentro del mismo colegio y todo, cómo y yo entiendo que tú no estás de acuerdo con eso, que el colegio en el fondo no se hace cargo de algo y se lo, en el fondo culpa a las mamás, al mismo tiempo tú también reconoces que las mamás tienen algo que tampoco están haciendo mucho que es como educar en la casa y todo...

P: Exactamente.

E1: Entonces, ¿cómo debería ser para ti, cómo debería funcionar esa relación un poco entre el colegio y la familia?

P: Es que es un trabajo compartido. Los hábitos y el respeto se enseñan en la casa, y si el niño en el colegio también tiene problemas de lenguaje, o de historia o de... a él hay que reforzárselo en la casa, que por algo están esas reuniones de apoderados que dice la profesora saben que en esto está débil el curso. Tienen que reforzar, por decirte, la lectura, tienen que hacerlos leer más porque están déficit en la lectura, tienen que hacerlo leer más en la casa. O están mal en matemáticas, necesito que le refuercen las tablas. Esas cosas.

E1: Con eso me quieres decir que debería haber como un trabajo complementario.

P: Sí, pero hay cosas, hay cosas que sólo se dan en la casa, los valores por ejemplo, y la disciplina. Eso es solamente en la casa porque en el colegio el profesor no le puede poner... tanto tampoco no puede huasquiar a un cabro chico porque en la casa si se porta mal lo husquean, o lo castigo, en el colegio no lo pueden hacer.

E2: Como roles distintos, pero que en algunos ayuda al otro.

P: Claro, exactamente.

E1: Hablemos un momento, estuvimos hablando recién sobre el barrio en el que tú vivías, volvamos un poco a hablar sobre eso, además el colegio está cerca de tu casa.

P: Está cerca de mi casa, sí.

E1: Entonces me imagino que el colegio comparte muchas de las características...

P: Está inserto en la población.

E1: El colegio está inserto en la población.

P: Sí, también es muy estigmatizado el colegio, por estar ahí, dentro de una población donde sí hay drogadicción, hay traficantes, hay muchas cosas, pero en sí internamente el colegio es muy bueno.

E1: Con respecto al tema entonces del barrio en el que tú vives y ya nos habías comentado que hay tráfico, cierto, pero no hay peleas entre los vecinos. Como que nos mencionas dos características, una es como que la gente se conoce, se conocen de vista, y la otra vendría a ser como mucho tráfico, mucho tráfico de drogas. ¿Cómo estas dos cosas han influido, o si es que han influido en tu vida?

P: Me encerraron en mi casa po. Eso han influido, de que yo no salga a muchas partes dentro de la población, si son lugares específicos, el colegio, la casa de mi mamá, la casa de mi abuela o el parque para llevar al B. un rato. Y era. Estar en la calle, B. tampoco es de estar en la calle, o sea ninguno de mis hijos, "ustedes no son de la calle, no se van a criar en la calle tampoco". Y salir a jugar un rato, sí, con un vecinito que tiene B. pero también yo cuidando de con quién está, con quién se junta, cómo son esas personas. Tiene un vecinito, que es más chiquitito que él, y es hiperactivo. Entonces (risas), y el B. juega con él porque a él lo sacan al pasaje porque nosotros vivimos en un pasaje, lo sacan al pasaje a jugar a la pelota para liberar energía porque el niño sino está hasta las 2 de la mañana despierto y la abuelita lo cuida. Entonces y la abuelita está ahí siempre mirándolo. Entonces cuando el B. va a jugar, yo sé que está ella cuidándolos, entonces yo no... me preocupo sí pero... B. no juega con más niños. Y en la escuela de fútbol que está yendo los días domingo. Que ahí también le ha servido mucho pero fue un dar y doy. Si tú te portas bien en el colegio, yo te dejo ir a la... a la escuela de fútbol. Si tú te portai mal, yo no hago el empeño pa comprarte el equipo de fútbol. Si tú te portas mal, no van a haber zapatos de fútbol. Pero como se fue portando bien, bien, bien, bien, tiene el equipo completo, tiene sus zapatos de fútbol, ahora le van a llegar para la Navidad más cosas, entonces fue un dar y recibir, pero él también tuvo que aflojar.

E2: Y el resto de tus vecinos ¿tú dirías que han hecho algo parecido a lo que hiciste tú, como de encerrarte un poquito, o ellos hacen una vida afuera?

P: No, no, casi todos mis vecinos son más o menos igual, viven en su metro cuadrado, unos más que otros pero, dentro del mismo contexto que por decirte llegan las diez de la noche y ya no hay nadie en las calles. Los puros locos estos que hacen fiesta o los mismos que trafican, los que andan afuera, claro.

E2: Y hay aparte del colegio en... El Cortijo tiene acceso a supermercado, a buena movilización...

P: Sí, eso es lo menos que tenemos, porque tenemos, yo tengo a dos cuadras Independencia, voy a tener a cinco minutos la estación de Metro. La que viene la de Huechuraba. Y en Cardenal Caro también. En Huechuraba me va a quedar más cerca. Sí. Tenemos conectividad, tenemos ahí en la arboleda hay un supermercado, que igual cuando pal 11 de septiembre ese supermercado lo sellan por todos lados, queda hermético, cerrado, le ponen unas cuestiones, un marco de fierro, que ese 4x4 y con una cruz y lo soldan por fuera. Queda encerrado entero.

E2: Como una caja de metal.

P: Sí porque ya los han asaltado entonces...

E2: ¿Y esas fechas son más complicadas?

P: Sí son complicadas, el 11 de septiembre por ejemplo yo ya a las 8 ya estoy viendo el reloj que lleguen mis hijos del trabajo y que no salga nadie más. Compró velas, dejo agua, dejo cosas para el otro día al desayuno en caso de cualquier cosa, y ya en la noche no sale nadie.

E1: Y además del 11 de septiembre ¿hay otros momentos en los que haya que estar como en esa, tensión, de resguardarse?

P: ¿Día del joven combatiente parece que es? Y no recuerdo otro más.

E2: Esos dos.

P: Sí, esos dos. Sí, que se ponen a hacer fogatas en la esquina, o a veces se ponen a tirarle cadenas a la esta pa que se corte la luz. Claro, cuando estaba más chico el B. era el de la oscuridad que no le gustaba, teníamos que tenerle linternas, velas prendidas por todos lados porque no le gustaba la oscuridad, nunca le ha gustado la oscuridad.

E1: Decías que la... nos explicas un poco como no son las relaciones entre los vecinos, cierto, o cómo cada vecino un poco en su casa. Pero inevitablemente los vecinos algo de relación tienen que tener. ¿Cómo caracterizarías la relación que sí tienen?

P: Una relación cordial. Más bien de respeto y de ser cordiales, de saludarnos y no... algunos que son medias amigas que conversan en las mañanas, o que se quedan conversando en la mañana o van a comprar el pan y se quedan conversando. Yo por ejemplo con la abuelita del Manuelito que juega con el B., de repente que pase y cómo está y cómo le ha ido, y me pregunta por mi salud, y nos quedamos un ratito conversando.

E1: ¿Cómo son esos ratitos, esos pequeños ratos conversando?

P: De saber cómo estoy, cómo me ha ido con el niño, de qué es lo que hace ella con el Manuelito cuando está muy inquieto, esas cosas, más de los niños más que de nuestra vida propia.

E1: Como que se hablan más de los hijos, del nieto...

P: Claro, datos, a veces me dice yo probé tal cosa y me hizo bien, o yo he probado cosas naturales para mi salud, y me han hecho bien, y le digo pruebe esto, o esta pomada le puede hacer bien, y todas las cosas.

E1: Se habla de salud también.

P: También de salud.

E1: Se intercambian datos.

P: Sí.

E2: Cuando tienes como estas dificultades, ya sea, no sé po, de salud, o de no saber qué hacer con el B. ¿A quién acudes, a quién le preguntas?

P: A mi mamá. A mi mamá, mi mamá. Mi mamá todo el rato. Mi mamá es la más... apañadora. Si el otro día... no me acuerdo pa dónde tenía que salir yo... Eh... no me acuerdo pa dónde tenía que salir, se me olvidan las cosas, tenía que salir, y el B. no quería ir conmigo y... le digo mamá, ah y se había cortado la luz, en la noche, y al otro día no llegaba la luz, y me dice no voy a poder jugar en el celular porque no hay luz. De ahí llamo a mi mamá, "mamá sabi que tengo que salir y el B. no quiere ir conmigo, se puede ir para allá", "sí, mándalo para acá no más", ella así todo el rato. Cuando me separé también, ella me llamaba todos los días, todos los días, a cada rato para saber cómo estaba, y ella es la que me cuida al B. cuando yo no puedo, la que se queda en el kiosko cuando yo tengo que hacer algo...

E2: O sea, es tu apoyo en el trabajo, con el B., en tu vida personal.

P: En todo, sí.

E2: ¿Y aparte de tu mamá hay otras personas que cumplan a lo mejor algunos de esos roles?

P: No, no. Es que en mi mamá confío 100 por ciento.

E2: Ella es como tu apoyo fundamental.

P: Amigas tengo, pero no así de confiar 100 por ciento, ciegame en las amigas.

E1: ¿Cómo es tu relación con las amigas? A lo mejor no las clasificarías como amigas, como nombrarías a esas personas.

P: No si son amigas pero...

E1: ¿Qué tipo de relación tienen?

P: Más de, para distraerse y pasarlo bien. Es una forma de salir de la rutina. Más para eso, de escuchar otras cosas, de no estar siempre con los mismos que estamos todos los días como... de lunes a viernes se procesa todo de la misma manera, en cambio si yo salgo con mis amigas ya cambio el switch y ya es otra cosa, claro, ella me cuentan lo que le pasó la semana pasada, o lo que... la pelea que tuvo con el hijo y... ya no estoy pensando en lo que me pasó a mí con el B. o lo que tuvimos que sufrir hoy día con todo el día en el hospital... cachai entonces me distraigo un rato.

E1: Las amigas son un cambio de switch.

P: Sí, sí, nos vemos muy poco sí, pero, ojalá fuera más seguido pero no se puede tanto.

E1: ¿Cuánto es muy poco?

P: No sé, dos, tres veces al año, una cosa así, que nos juntamos.

E1: Además poniéndose de acuerdo... en los tiempos...

P: Por decirte si yo quiero hacer una junta en marzo tengo que organizarla ahora, pa que todos vayan.

E2: Pa que vayan todos.

P: He hecho juntas si, porque nos juntamos el año pasado... falleció uno de mis compañeros de básica, nos juntamos el curso de básica, y nos juntamos con el profe.

E2: ¡El profe!

P: Con el profe jefe que tuvimos en la básica. Y fue bueno, fue bueno pero falleció uno de nuestros compañeros y de ahí como que no nos quedaron muchas ganas de juntarnos y no nos hemos juntado. Falleció él, se le hizo misa y todo, varios fuimos, pero después de eso como que no nos quedaron muchas ganas de juntarnos, así que dije yo, voy a dejar pasar este año, este otro año a ver si hacemos algo. Pero también cuesta mucho porque también cada uno tiene su mundo hecho, cada uno tiene familia, tiene hijos, tiene... entonces cuesta mucho organizar algo así, o sea resultó de todas las veces, siempre nos juntábamos grupos chicos y una pura vez nos logramos juntar la mayor parte que hicimos un asado, con el profe y todo.

E2: La pasaron bien.

P: Sí, la pasamos bien. Y el profe acordándose de las cosas que hacíamos cuando chicos.

E2: ¿Estaba viejito el profe?

P: No si no está tan viejo, estaba bien parado el profe.

E2: ¿Está haciendo clases todavía?

P: No, está jubilado, tiene un negocio naturista. Y era nuestro profe de inglés.

E2: Ya y era su profe jefe.

P: Si.

E2: --- y tú decías que tu mamá es así tu apoyo fundamental, ¿eso ha sido siempre ha así, o ha habido momentos de tu vida en que ha habido otras personas que te han sido apoyo también o una red para solucionar ciertas dificultades?

P: A ver, yo también soy hija de padres separados, también mis papás se separaron cuando yo tenía 6 años, para que mi mamá lograra independizarse y hacer una vida más menos normal, tuvo que ponerse a trabajar y yo quedé con mi abuelita materna, con la mamá de ella, que esa pasó a ser mi segunda mamá, yo viví muchos años con ella, hasta que mi mamá se juntó con la pareja que tiene ahora y después me fui a vivir con ellos. Él tenía ocho hijos, más dos tenía mi mamá, yo y mi hermano, éramos diez.

E2: Diez en la casa.

P: Diez en la casa, más ellos dos, éramos 12. Después de muchos años mi mamá logró quedar embarazada y tuvo a mi hermana chica que es hija de ellos dos. Pero este caballero pasó a ser no mi padrastro, porque ahora le digo viejito pero, fue mejor que mi propio papá, mi papá nunca se preocupó de nosotros, ni de la crianza ni de cómo estábamos ni nada, nos dio muy malos ejemplo, y este otro caballero no, nos cuidaba mucho, me sigue cuidando, mis hijos le llaman tata a él, el único tata que conocieron es él, entonces y de que yo tengo uso de razón mi mamá siempre ha estado conmigo pero en ese lapso donde no pudo estar conmigo, estuvo mi abuela.

E2: Tu abuela

P: Mi abuela. Entonces después cuando falleció mi abuela fue que hasta el día de hoy, ahora hace poco, el sábado pasado hicimos el cumpleaños de una hermana de mi mamá, que igual nos acordamos de la abuela, pero ese... la abuela nos marcó a todos. Y han pasado, por decirte, 14 años de su muerte y es como si hubiese sido ayer. Entonces todo los eventos que se hacen ahí en la casa de mi abuela es como si estuviera ella presente. Pero en ese rango y ahora de grande mi mamá no, sobre todo cuando me separé, siempre ha estado ahí, ella, digamos, ella me tiró el salvavidas para yo salir del hoyo. Porque yo estuve con depresión como tres meses que era de que yo no salía, me senté en un sillón a fumar y a tomar café, y eso era todo lo que hacía, nada más. Y ella era la que me llamaba todo el día, me llamaba, tenía que salir de ahí, tenía que salir de ahí. Yo iba a trabajar a la feria porque era necesario ir a trabajar, porque tenía que llevar algunas lucas para poder comer, por eso no más salía a trabajar, porque si hubiese tenido plata yo no me paro nunca más de ahí. Y ella me iba a ver a la feria, me llevaba desayuno, me preguntaba cómo estaba, que cómo están los niños, ella me sacó de. Si no, no habría salido.

E1: Tu abuela.

E2: Su mamá.

P: Mi mamá. No, mi abuela no alcanzó a ver que yo me separé, mi abuela murió antes, antes de que yo me separara.

E1: La familia es algo que para ti ha estado muy en presente en esos momentos que se han presentado como dificultades, por ejemplo en ese momento tenías una dificultad emocional, y aparece la familia, o en algún momento aparece tu abuela o en algún momento aparece tu mamá. La familia siempre.

P: Si.

E1: También tienes una familia numerosa de hartos como hermanastros, no sé cómo será la relación...

P: Si pero siempre esos hermanastros han como marcado, porque esos hermanastros se empezaron a ir, y quedamos re pocos en la casa, quedaron los más chicos, y empezaron a irse, ellos viven en el extranjero.

E2: Ah, viven afuera.

P: Si viven en España, en Suecia, en la Argentina. Primero se empezaron a ir donde la mamá que vive en la Argentina, y después empezaron a migrar a España. Entonces tanto tanto tanto con ellos no viví. Pero sí me estigmatizaban por ser la hija de la señora. Bueno y yo cuando chica también era muy enfermiza entonces todos me cuidaban más, mi padrastro y mi mamá me cuidaban más de lo normal entonces ellos creían que esa era la preferencia, que yo era la preferida. Si.

E1: Entonces con ellos no es que haya una conexión muy directa, pero si...

P: No, ni mala, ni te diría ni mala ni buena. Ahí no más.

E1: Además de la familia --- ¿hay otro, hay otra, otros grupos de personas o algo así que en algún momento de dificultades, ha significado un apoyo?

P: Eh... los profesionales que atienden al B. Esos han sido pero apoyo fundamental para mi, para lograr todo lo que he logrado con B. Tanto ustedes como los profesionales que atienden al B. en el hospital.

E1: O sea, estaríamos contando como familia y los profesionales, digamos, la gente de las instituciones.

P: Si, si.

E2: ¿Qué opinión tienes tú en general de las instituciones de salud, de las que tú has ido, me imagino el COSAM, el consultorio, el hospital?

P: Uh... yo no le echo la culpa a los profesionales porque los profesionales están haciendo su pega, pero en atención hay algunas personas que tienen vocación de servicio, y que no tienen vocación de servicio. Y hay personas que no sé si no empatizan con las personas que están tratando, o no quieren hacerlo, o lo hacen porque es su pega no más, y porque, por ser cualquier otra pega o harían igual, pero no empatizando con las personas. Empleados de la salud que no ven que están tratando no con una persona de igual a igual porque la otra persona está enferma, y que a lo mejor tiene muchas más dificultades que ella, y no logran empatizar y entenderla, de que por decirte, no sé po, se le quedó un papel, o no supo dónde ir, o le preguntó tres veces la misma cosa, a lo mejor no está pensando que a lo mejor esa persona tiene problemas de salud y que por eso se le olvidan las cosas. (Suena el teléfono).

E2: Bueno ya nos contaste un poquito por cómo llegaste al COSAM, por la derivación del hospital por lo que entendí, si recuerdo bien.

P: Si, la neuróloga del B. Me mandó para acá, o sea me mandó para salud mental, que está al frente de la posta del Roberto de Río, y de ahí me derivaron para acá.

E2: Para acá. Y eso con la idea de que vieran esto de la agresividad del B...

P: De que hubiera un control de ira.

E2: Ya.

P: Con medicamentos y con terapias, no sé. Con lo que fuera de poder ayudar al B. Y eso se logró.

E1: ¿Por qué decidiste, acudir --- a las instituciones de salud, por el tema de la ira de B.?

P: Porque me lo exigieron en el colegio. Porque me lo exigieron, porque si no, no entraba a clases el B. De esa vez que le pegó a la profesora el B. no entraba, el B. quedó suspendido, estuvo suspendido varios días, y después le neuróloga lo dejó un mes con jornada...

E2: ¿Parcial?

P: Con media jornada. Y le redujo la jornada escolar para que no se estresara tanto, porque el B. ya estaba estresado y ese día la profesora lo... le exigió más de lo que el B. podía dar, y B. explotó. Dejó la tendalá si...

E1: ¿Entonces el colegio te exige que lo lleses al hospital?

P: Me exige informes médicos. Me dicen, para que vuelva a clases necesitamos informes médicos de la neuróloga que lo está atendiendo, que especifique cómo tratarlo, cosa que la neuróloga nunca lo hizo porque me dijo que ella no, ella medicaba solamente, ella no podía dar pautas, eso lo tenían que hacer los psicólogos o la psiquiatra.

E1: ¿Y qué impresión te dio eso? ¿Qué opinión tenías tú de tener que llevar a tu hijo a una institución de salud? Por el tema de estrés, el tema de ira que estaba viviendo...

P: Eh... que pienso que debieron haberlo tratado ahí, haber en el colegio, en el mismo colegio, haber buscado la solución. No haberme exigido tanto a mí que buscara las soluciones, sino que ellos haber tomado cartas en el asunto y decir "tenis que llevarlo a este lugar, nosotros vamos a poner a este profesional a cargo, y va a hacerse cargo del tema"... Claro, después de eso, llegó un grupo que es de convivencia escolar al colegio, que es una asistente social, hay una psicóloga, y dos profesionales más que uno hace recreo entretenido y el otro coordinador. Todos esos profesionales llegaron para hacerse cargo de estos niñitos. De los niñitos problema.

E1: Entre comillas.

P: Entre comillas.

E1: ¿Por qué lo pones entre comillas?

P: Porque para mí son todos iguales po. O sea todos los niños son niños, a ellos los estigmatizan porque son diferentes, porque juegan diferente, porque se expresan diferente, porque no están encasillados en todo el común denominador que los encasillan a todos, que sean todos iguales y no pueden ser todos iguales. Y los de nosotros, son más diferentes todavía. Porque hacen otras cosas, son... tienen habilidades para unas cosas y para otras son nulos, por ejemplo el B. para hacer dibujos es nulo, nada, nada, pero pa, pa jugar a la pelota, mándalo a jugar a la pelota.

E2: O sea como que respecto de colegio te hubiera gustado que se hicieran como, si entiendo bien, un poco más cargo, como que no hubieran delegado todo sobre ti.

P: Claro, porque ellos esperaron a que yo hiciera, pidiera todos los informes, todo, todo, todo, si te digo saqué unas diez copias del informe que me dio la neuróloga fue poco, y le pasé a todo el mundo, todo. Desde el inspector, el director, a la jefa de UTP, a todos les pasé el papelito diciendo que él tenía que tener un trato diferenciado, y que tomaba tal y tal remedio, a tal y tal hora, y que se le acortaba la jornada por un mes. Y así, entró. Yo le dije señora +++ yo necesito que el B. entre a clases. "Yo no tengo ningún problema", esa era la jefa técnico del colegio. Yo no tengo ningún problema dijo, voy a preguntarle a los demás a ver qué opinan, porque supuestamente después de eso, la profesora había puesto una denuncia en carabineros y que los profesores estaban apoyando a la profesora, y que todos los profesores querían que el B. se fuera.

E2: Del colegio.

P: Del colegio. Entonces yo le dije, párele. Yo voy a traer todos los informes que me están pidiendo, pero al B. no lo van a echar el colegio, lo tienen que recibir igual. Y la profesora tuvo que hacerse la amable y recibirlo no más y cambiar y cambiar un poco ella también con él, no exigirle tanto como le estaba exigiendo.

E1: En ese momento como medio de crisis me imagino, o medio así como álgido, bien cargado...

P: Fue atroz...

E1: Atroz dices tú... en ese momento me imagino que, o por lo que te escucho entiendo que el apoyo que recibiste de parte de las instituciones fue el que permitió salir un poco del paso, fue el apoyo de los especialistas, a través de sus informes, qué se yo, permite que en el colegio bajen un poco la guardia.

P: Si, si. Y el que él empezara tratamiento acá con Karla, a tener eh... no, tuvo con la Brígida primero, que tuviera entrevistas acá, y que de ahí fuera bajando un poco el nivel de ira que tenía, eh... le sirvió a ellos, para empezar a... y después no me exigieron anda más.

E1: Ah, o sea también el colegio se queda tranquilo...

P: O sea no hizo nada más, ni para bien ni para mal, no hizo nada más.

E1: Ni para bien ni para mal. Mira justamente ahora queríamos preguntarte, qué impresiones tienes tú sobre este Centro en específico, como tú experiencia en este centro. ¿Qué impresión tienes de este COSAM?

P: Para bien po, porque de aquí resultó de que mi hijo estuviera mucho mejor, de que yo también estuviera mucho mejor. Porque todo lo que él hacía repercutía en mí. Repercutía en mi estrés, empeoraba mi salud y yo estaba cada vez más enferma. Si él se portaba mal y yo pasaba rabia, por decirte, con un berrinche de él, al otro día amanecía enferma. Y eso fue para ambos, bueno. B, mejoraba...

E2: ¿Físicamente enferma?

P: Físicamente enferma, físicamente enferma porque mi peor enemigo en mis dos enfermedades que tengo es el estrés, entonces yo me estresaba, que el B. llegaba a tener una prueba o algo, pa mi era un estrés. Todo lo que le exigían en el colegio para mí era estrés. Entonces el que él estuviera bien, yo también iba a estar bien. Y así a la larga ha sido. Mi salud ha mejorado mucho, y él también está bien.

E1: Aprovechando que entras en ese tema, detengámonos un segundo, cuáles son estas dos enfermedades que tú tienes.

P: Yo tengo una distrofia muscular, y tengo lupus, pero dentro del lupus, tengo varias ramas que se asocian al lupus, que son parte de... que son la fibromialgia, y ahora tengo el síndrome de Strogen (Sjogren).

E2: ¿Qué implica ese último síndrome? Porque la fibromialgia entiendo tiene que ver con el dolor corporal...

P: Con los tejidos conectivos, es dolor muscular más que nada, y el síndrome de Strogen, se secan las mucosas. Se secan los ojos, hoy día me hice, el cintigrama que me hicieron era para ver las glándulas salivales, en las mañanas, ha habido varias mañanas en las que casi me he ahogado porque no tengo saliva. Se me queda la lengua pegada en el paladar de atrás. En el paladar interior que tenemos, el más atrás, se me queda pegada la lengua, entonces me hicieron un cintigrama en la mañana para ver eso, qué grado tengo de sequedad. Ya me dieron gotas para los ojos, pero lo más probable es que también me den saliva artificial.

E1: ¿Hace cuánto tiempo tienes estas dos enfermedades diagnosticadas?

P: Eh... desde que B. tenía dos años.

E1: Llevas un tiempo con este tema. ¿Cómo ha cambiado tu vida? o cómo ha influido en tu vida, me imagino que ha sido importante, específicamente, en qué, podríamos decir.

P: En todo, todo, todo, todo. Todo lo que yo hago tiene una consecuencia. Y hoy día anduve al sol, todo el día, y yo no puedo andar al sol. Entonces eso va a repercutir en que en la noche a lo mejor tenga fiebre, tenga dolor de cabeza, no se quita con nada, tengo que aplicar calmantes muy fuertes para poder aplacar el dolor de cabeza. Si o me estreso, me puede venir una crisis, caigo al hospital. Ahora me dieron la mala noticia, el ecógrafo me dice que estoy con una piedra en la vesícula, y que me tiene, me tengo que operar de aquí a tres meses, sí o sí. Y eso tampoco me gusta pasárselo, ah que esto es grave, que aquí, si es grave, pero sí yo lo asumo así, va a ser así. Pero si no lo asumo así y lo tomo como más ligero, y más calmado, no me va a repercutir tanto. También de... tomo cosas naturales como por ejemplo, tomo té verde para tratar de controlar un poco el peso porque con los corticoides que tomo subo mucho de peso. Y le echo unas ramitas de tomillo, que me ayuda mucho con el tema de la fibromialgia y el lupus, que ayuda mucho, y el té verde ayuda a relajarse, y a no estar estresada, que yo lo he visto en carne propia de que a la larga de, o sea, en un tiempo largo de usarlo, sí hace efecto. Y me ha servido mucho.

E1: El té verde y el tomillo.

P: El té verde y el tomillo. No me he estresado, no me he estresado pa nada.

E2: Como estas cosas alternativas a los medicamentos que tienes que tomar sí o sí, por...

P: Los tomo igual, si los tomo igual, pero es... junto con eso, claro ahora tengo un problema, lo tomo todo con calma. Me demore lo que me demore. Si tengo que ir a tal lado, y tengo que estar a tal hora fija, me tomo, si antes me demoraba una hora yo ahora me demoro, me tomo una hora y media porque yo sé que me voy a demorar, porque ya no camino tan rápido como antes.

E2: Te has ido acomodando a...

P: Si, al tema.

E2: A los cambios que han traído las enfermedades.

P: Exactamente, y cambios que no querido traspasárselo tanto a los hijos porque... eh... en la casa sigo haciendo las cosas igual, más lento pero las sigo haciendo igual.

E1: Sigues haciendo las cosas.

P: Igual, el aseo, la ropa... hacerme cargo de las cosas del B., todo igual. Igual. Si hay que pintar en la casa, pinto.

E1: Esto, me imagino que has tenido que hacer algún cambio, que te permita hacer todas esas cosas, pero no de la misma forma que las hacías antes.

P: Sí. Por eso te digo, a mí las cosas naturales me han ayudado mucho, lo que sí, últimamente he notado que estoy teniendo muchos problemas en vestirme, en que no hay mucha ropa adecuada para... tendría que usar puras camisas con botones. Por ejemplo para hacer... yo mi musculatura está, los brazos los tengo pegados, yo levanto hasta ahí, no levanto más arriba, para colgar la ropa yo la tiro para arriba no más, la tiro, pero más levantar los brazos no puedo, entonces para sacarme la ropa por arriba, me cuesta mucho y el B. me ayuda mucho en eso. Él me ayuda cuando no me logro sacar una ropa, yo me agacho y él me la saca por arriba, o si no alcanzo a abrochar mis zapatos, él me ayuda en el abroche. El B. ha sido fundamental bueno, salgo, él anda de la mano mía porque si yo me tropiezo, yo me doy el porrazo, entonces él siempre anda de la mano mía, y ya sabe cómo agarrarme y todo porque si yo me caigo así, él sabe cómo agarrarme al tiro, anda siempre de la mano mía por, lo mismo, para qué, para que yo no ande usando el bastón.

E2: ¿Deberías usar bastón?

P: Debería usar un bastón, pero no, lo dejé de usar. A ver, lo usaba hace dos años atrás, lo usaba y a él le daba vergüenza cuando yo llegaba al colegio con el bastón, y los amigos lo molestaban. Entonces yo tomé la determinación de que iba a dejar el bastón. Lo dejé, logré caminar bien, pero ahora ya estoy teniendo muchas dificultades, me he caído mucho, y por recomendación de los kinesiólogos, que me están haciendo, voy a tener que volver a usarlo.

E2: ¿Cuánto podrías decir tú que así como tanto física como emocionalmente o mentalmente, cuando dices así como estoy mal, o me siento mal, no estoy bien en el fondo? En qué momentos dices eso, cuando te duele mucho, cuando ya estás cansada de...

P: Sí, cuando estoy agotada, agotada, agotada, agotada, sí, y yo ponte tú como algo, y me cae mal a la guata y después no puedo dormir en toda la noche por el dolor, y no puedo gritar porque despierto a los niños que están durmiendo arriba, que tienen que trabajar al otro día, mi hija se despierta a las cuatro y media de la mañana a trabajar.

E2: Por el metro.

P: Por el metro, turno de la mañana, la pasa a buscar un móvil a esa hora y tienen que pasar a buscar a más gente y... y tengo que amanecerme ahí retorciéndome del dolor, tomando todos los calmantes que tengo, y aún así sigo con el dolor, o a veces estoy con fiebre y me quedo ahí, el B. me cambia las toallitas de la frente para bajarme la fiebre, después él se queda dormido y yo sigo despierta con los dolores y todo, ahí cuando ya digo ya... sabís que ya no quiero más, voy a tirar la esponja. Pero lo miro a él para el lado y digo, no puedo tirar la esponja. Está él. Me necesita todavía. Tengo que darle no más po, y el otro día ya pasó el dolor, o tengo menos dolor, y hay que ir a trabajar igual.

E2: O sea el dolor era algo que...

P: Sí po, lo que caracteriza la enfermedad es dolor, aunque ahora, desde que empecé a tomar esa... el té verde con el tomillo, he tenido casi sin dolor. Casi sin dolor. Muy pocas molestias.

E1: Y el té verde y el tomillo, quién te lo recomendó? +

P: Lo vi por internet. El té verde era para el estrés. Algo que me sirviera para el estrés y estuve probando con otras cosas más, con el jengibre también estuve probando, y el jengibre se lo metí hasta al B, porque cuando B. se congestiona, él es alérgico a la primavera, y cuando le da esa cosa de la primavera se congestiona la nariz y le agarra con los ojos y esa... no, ni mira ni la luz, y está con lentes de sol viendo tele y con eso te digo todo, que no quiere nada, y que le pican los ojos, y los mocos, y se ahoga entero, entonces le hago jengibre con miel y con limón. Le doy en la noche y al otro día amanece bien. Como tuna.

E1: Y eso lo descubriste tú misma.

P: Yo misma. Y vi que el té verde servía para el estrés, después sale en facebook que el tomillo servía para el lupus y para la fibromialgia. Dije ya lo voy a echar al té, y así empecé a tomar, cambié el té normal por ese té.

E1: ¿Y?

P: (inaudible) todas mis amigas que tienen la enfermedad mía, les he dicho, a largo plazo sí funciona. No va a esperar de ver cambios en una semana o en dos semanas.

E1: Me llama mucho la atención lo que comentas como a la pasada, que le comentaste a tus amigas esto de este descubrimiento tuyo del tomillo. Para amigas que tienen la misma enfermedad.

P: Sí porque me pinchaban una droga que se llama () y ahí nos hicimos varias amigas, ahora a mí ya no me lo inyectan, porque me hizo mal para el hígado, por eso yo tengo la piedrita también de la vesícula, porque me estaba haciendo mal para la guata esa inyección. Y de esas amigas, varias que tienen fibromialgia también, entonces les dije que a mí me hizo súper bien, tienen que probar. Porque no todo, o sea, podemos todas tener lupus, pero no todas tenemos el mismo organismo ni a todas nos funcionan las cosas que a otras les funcionan. Si hay algunas que nos hace mucho mal el sol, y hay otras que no tanto. Por ejemplo hay algunas que les brota toda la cara y salen llagas en la boca, yo me las controlo con bicarbonato, que la doctora me decía pero no tenía ninguna () en la boca, pero sí me salen doctora, lo que pasa es que yo me las controlo con el bicarbonato y cuando tengo muchas heridas, le pongo al

cepillo de dientes, lo unto con bicarbonato, y me lavo los dientes con bicarbonato, y si no lo unto con eh... cúrcuma en polvo, también, cuando es mucha la herida, y eso me sana la boca, y porque si no, no puedo....

E1: Y eso también lo descubriste tú? La cúrcuma y el bicarbonato también?

P: Si.

E1: ¿Cómo lo descubriste?

P: Por internet po, si todo sale en internet.

E2: Y estas amigas del hospital las conociste haciendo el tratamiento... encontrándose allá...

P: Que nos juntamos todas las que vamos a pincharnos el día viernes.

E2: Ahí se conocían.

P: Ahí nos conocíamos.

E1: ¿Se pasaban datos entre todas?

P: Si, si po, cuando uno estaba enferma se preocupaban, sabes que no ha venido esta, qué le pasará, no es que se tenía que hacer un examen, no que la otra la tenían que operar de una rodilla, entonces a lo mejor por eso no viene, algunas estamos conectadas en el facebook.

E2: Ahí se mantienen comunicadas

P: Si, y yo también de repente... que justo el viernes pasado andaba haciéndome un examen parece que fue, y justo pasé por ahí, y me pillaron volando bajo, después se reían de mí porque yo pasé por ahí, pasé a la ventanilla, tenía que esperar una hora y me senté y las otras estaban allá y se mataban de la risa y cuando las veo "chiquillas le digo yo, no me había dado cuenta que estaban aquí", "sh, nosotros hace rato que nos dimos cuenta que estabai allí po", pero, bien, no si, un siete las chiquillas.

E1: Habías mencionado recién que tú cuando tú podrías asociar un poco el dolor a estar mal de salud, como físicamente. Con respecto a la salud mental, podríamos decir, ¿cuándo tú dirías que uno está mal de salud mental?

E2: O emocional...

P: Cuando uno tiene muchos problemas, cuando uno no sabe para dónde va el tren. Cuando uno si tiene un problema, no sabe por dónde meterse para poder darle solución, ahí uno, yo digo ahí uno se mete en un hoyo negro y no sabe por dónde salir, eso es. Cuando yo me separé, yo creí que sola no iba a salir del hoyo, eso me pasó. Ahí es cuando uno ya pisa fondo, toca fondo.

E1: Y ese tocar fondo, explícanos un poco más si tu pudieras.

P: Eso poh, es caer en un hoyo negro y no encontrar por donde salir. No no no no, por más que le das vuelta al asunto, no hayai por donde encontrar solución a los problemas, aunque la solución este al lado tuyo no las vas a ver, porque estas sumida tanto en el asunto, que aunque este la solución al lado tuyo no la vei. A no ser que venga alguien como los psicólogos, que a uno le dan la mano y ahí uno se agarra y sale del hoyo.

E2: Sobre ese punto, ¿cómo crees tú que debería ser la relación de los profesionales que trabajan en general en la salud, que trabajan con los usuarios o con las personas que acuden a esos lugares? ¿Cómo crees tú que deberían...?

P: Deberían ser más empáticos. Más empáticos con los pacientes. Acá hay algunos que son profesionales que como que... les pagan por atenderte y ahí tení, te anotan y no te revisan ni una uña. Así como hay otros profesionales que te preguntan cómo estas, cómo te has sentido, cómo están tu hijos, ¿cómo estuviste esta semana, se te cayo el pelo de nuevo? ¿Tuviste heridas en la boca de nuevo? Y me revisan del dedo gordo hasta el pelo. Eso, son personas que... Porque si yo voy a estudiar una profesión que es algo que me gusta y que voy a tener dedos pal piano, no algo que voy a estudiar porque no me dio más, pa estudiar otra cosa, y que ahí tengo que hacer la pega porque la tengo que hacer y me pagan por hacerla.

E2: Claro

E1: Y si te hiciéramos la pregunta al revés, que relación deberían tener las personas que tienen dificultades, y que acuden al experto. ¿Cómo se deberían presentar estos usuarios ante el profesional, o el doctor o el psicólogo, o el psiquiatra?

P: Con respeto y preguntarle todo lo que haya que preguntarle, con respeto sí. Nada tratarlo de tu ni nada por el estilo. Buenos días doctor, como está, como le va. También ser empático, porque uno nunca le pregunta cómo está al doctor poh "Hola buen día", y listo. Era. Yo los médicos que tengo, si ellos no me cuentan lo que yo tengo, yo les pregunto. Ha habido un solo doctor que se quedó callado y nunca me respondió lo que yo le preguntaba.

E2: Pero tu insistes cuando sientes que no te están diciendo lo que tu necesita saber.

P: Si, lo que yo necesito saber, y si no entiendo la respuesta le vuelvo a preguntar a la doctora que significa esto. O que significa este examen que salió así, y ella me explica y ah ya, entonces por eso que tengo esta consecuencia, y listo.

E1: Eso respecto a los médicos. Qué pasa con respecto a aquí, a lo que pasa en el COSAM, psiquiatra, la psicóloga.

P: Yo diría que son otro tipo de profesionales porque ustedes trabajan con personas, pero los otros también trabajan con personas. Pero digamos que ustedes. Van más a la parte de la conciencia, del pensar, del razonar, de eso entonces ustedes entran tratando de ser como amigos de las personas, antes de ser profesionales. Para poder llegar a lo que ustedes quieren, primero ven la parte de sentirse bien uno primero con ustedes antes de entrar en el problema. Eso creo yo, que es así.

E1: Esa es tu experiencia, o es cómo crees que...

P: Es mi experiencia y lo que creo yo que debería ser así.

E1: Eso es lo que...

P: Si poh, es que eso ha sido así. La Karla y ustedes primero han sido así. Primero se han hecho amigos de nosotros y después han sido el lado profesional. Con la Karla primero fue amiga y consejera y ver lo que se puede hacer en cuanto se presentaba el problema con el B., Y después vino a machucarme el membrillo y decirme lo que hay que hacer. Y ahí se puso las pilar como profesional, pero primero se hablando y me explico y se hizo amiga del B., para el B. le contara todo o que le debía contar. Porque así a buenas y a primeras ellos no se dan fácilmente ni cuentan todo lo que deban contar. Ellos van a contar lo que quieren contar nomas poh.

E1: ¿Ellos los niños?

P: Sí, los niños. Y los adultos somos iguales. Porque si no hay confianza yo no voy a contarte toda mi vida. (Risas)

E1: Entonces nos explicas como se tendría que relacionar el psicólogo, o psiquiatra, haciéndose primero amigo, y como tendría que relacionarse, de nuevo te hago la pregunta, pero ahora respecto a la gente que trabaja aquí en el COSAM, ¿Cómo se tendría que relacionar el usuario hacia el especialista pero ya de salud mental? ¿Cómo se debería presentar?

P: También con respeto. Siempre, en todo ámbito parte por el respeto, en todo ámbito parte con el respeto y viendo que herramientas me da el profesional para solucionar mi problema, con el que vengo.

E1: Explícame mas o menos eso.

P: De contarle, decirle, sobre que el cabro chico se me vuelve loco y que no sé qué hacer y qué me aconseja Ud. que yo haga cuando el cabro chico le da la pataleta. Eso y ver qué herramientas me da.

E1: Esto de herramienta igual me llama la atención. ¿Qué significa que en el fondo lo que el especialista te entregue una herramienta?

P: Los consejos que a mí me da, para mí son ley. Para mí van a ser las pautas a seguir con lo que yo tenga que hacer con el niño. Por ejemplo, la Karla me dice; tenis que conversar, conversar, conversar con él pero tranquila, sin alterarte, sin gritar, sin nada. Cuando se den las oportunidades de que estén los dos solos, conversar los dos solos en la pieza. Tranquila, hablando bajito, sin alterarse. Y esas fueron las pautas que yo seguí y que me resultaron.

E1: ¿Y porque decidiste seguir esas pautas?

P: Porque si estoy hablando con un profesional, es porque ese profesional estudió eso y tiene que haberlo probado antes de que si resultó y por algo me lo está diciendo poh. Que da resultado.

E1: Y te ha pasado alguna vez que alguna de estas pautas, que te aconseja el profesional, ¿no te funcionan?

P: No. A lo mejor no funcionan al cien por ciento que quisiera, pero si a largo plazo igual funcionan.

E2: Algún efecto tienen.

P: Sí, sí.

E1: ¿Y has sabido de alguna persona a la que no le haya funcionado? ¿Que haya aconsejado o propuesto un profesional?

P: No sé. Hay una abuelita que, me dice que ir donde los loqueros no sirve de nada, la cabra chica sigue igual de pesá y loca. No sirve de nada. Pero resulta que ella cree que no funciona pero a lo mejor la niña ha tenido cambios y ella no lo ha visto. Pero si he escuchado a algunos. Son bien viejitas y no alcanzan a percibir los cambios de los niños. Que a veces son cambios muy minúsculos. De cambiar no sé po... dejar la taza... Decir, anda a retirar tu taza y ahora si ir a retirarla sin que nadie le diga y que la va a lavar. Para la abuelita a lo mejor es casi imperceptible eso.

E2: Puede ser, es una posibilidad. Pero ya estamos, casi llegando al final. Y las últimas preguntas tienen que ver con estas experiencias como del grupo y de la jornada que hicimos la semana pasada.

P: Si hubiéramos tenido esa convocatoria en todas las sesiones que tuvimos...

E2: La habríamos pasado chancho.

E1: ¿Qué habría pasado?

P: La habríamos pasado de oro poh.

E2: Claro, por eso preguntarte cómo, que significó participar en el grupo, como lo evaluas...

P: Yo con un siete. Personalmente porque a mí me ha servido mucho venir a este lugar. Independiente con los profesionales que este. Si me toco con ustedes o con la Karla o con cualquier profesional de acá. Los datos, yo voy asumiendo lo que venga pa enseñarme y tratar de mejorar la conducta de mi hijo y mejorar los hábitos míos o mejorar. Todo lo que sea pa aprender, yo lo he recibido, y el grupo éramos tres nomas pero lo pasábamos bien.

E1: ¿Habías pasado por una situación similar alguna vez?

P: Sí. Lo que pasa es que, bueno yo he estado en grupos de papas y también se han hecho buenas migas. Si las cosas en grupo siempre, aunque seamos distintos, siempre las cosas de uno o de otro, van a servirle a algún integrante. O si pasa algo malo también le va a afectar.

E2: De todos estos momentos, de que comenzamos a ver qué cosas íbamos a hacer, hasta la semana pasada. ¿Qué fue lo que más te gustó, lo que más te hizo sentido de todos esos momentos que pasamos, del comienzo al final que somos hartos?

P: Eeeh, de que dio frutos poh. El que nos juntáramos, el que de repente viniéramos muy cansados pero veníamos igual y que el arbolito que hicimos también, todos los frutos del arbolitos dieron frutos, sirvió todas las conversas que tuvimos, las experiencias nos sirvieron a todos. Y que concluyó con una bonita jornada que nos sirvió a todos también poh, pa unirmos más, como grupos familiares o como pequeñitos grupos, nos sirvió mucho.

E1: Sobre el proceso de armar la jornada. Qué elemento dirías tú que fue como esto me llamo la atención particularmente.

P: Mira yo no estuve tan involucrada en el tema porque me salté como dos...

E1: Pero de todas maneras participaste o sabias de que se trataba...

P: Si, y lo que me hizo más sentido fue cuando conversaba los cinco ahí y nos craneábamos la cabeza que íbamos a hacer o de que discutíamos de la manzanita que va más arriba, mas al medio, va más abajo, de esas cosas. Pero de que a todos nos sirvió, nos sirvió a todos.

E2: Y algo que tu dirías que lo cambiarías, si esto se volviera a repetir con otras personas. O que te gustaría que fuera distinto.

P: Que fuera más masivo y mas sesiones. Fue muy corto (Risas)

E1: ¿Qué fue muy corto?

E2: El tiempo

P: El tiempo

E1: ¿De armarlo, o la actividad que hicimos?

P: No de que... ¿cuántas sesiones tuvimos?

E2: Como ocho o siete.

P: Ya poh, que fueran más. Unas 15. (Risas.)

E1: Ahora, más allá de la actividad en concreto que hicimos, que salió bien, le pones un 7 ¿qué ventajas crees tú que puede tener hacer actividades como esas, en una institución como esta?

P: Eeeeeeh. Que llegue más gente. Más gente a buscar ayuda aquí. Gente que quizás está encerrada en sus casas, y que tienen miedo de salir y que a lo mejor por el comentario de la vecina que vino, eeeh, se va a atrever a salir y a venir a pedir ayuda. Eso, porque el de boca en boca es más, diría yo, que entregar un volante o que un profesional te derive para acá.

E2: En el fondo como que este lugar pudiera ser accesible a las personas. Que conocieran sin necesidad de tener que pasar por el consultorio...

P: Sin el trámite burocrático. Claro, que no se poh. Tuvieran una entrevista con alguno de los profesionales, y dijeran si sabi que necesitai un par de sesiones con el psicólogo, te vamos a ayudar. Hay muchas mujeres que están encerradas en sus casas, por eso, porque están con depresión o con problemas, no se infinidad de cosas que uno de repente ni sabe.

E1: ¿Y por qué crees que las personas se quedan en casa? Porque yo entiendo que lo que me estás diciendo es que la gente parte con un rechazo a este tipo de instituciones de salud, o el loquero y hay una serie de cosas.

P: Claro, porque te estigmatizan de que si vas al psiquiatra es porque estás loco. No ven que si voy al psiquiatra es porque necesito ayuda.

E1: Claro, entonces lo que quería preguntar era, que... en el fondo es como que el COSAM debería hacer algo para ser más abierto y romper ciertos... cuestionar ciertos mitos a la gente.

P: Si, exactamente. Si porque hay gente encerrada en sus casas. Hay gente que todavía, estamos en el siglo XX y hay gente que esconde a los niños con síndrome de down por ejemplo. Que son niños que pueden hacer una vida normal y que pueden hacer todo lo que nosotros hacemos. Que son especiales, si son especiales, pero no tienen por qué estar escondiéndolos. Y los encierran en una jaula de oro como les digo yo porque no los dejan ser. Y a lo mejor habiendo espacios, si podrían hacer hartas cosas.

E1: Este COSAM tiene la característica de que trabajan hartas personas, hartos profesionales y tiene la característica de que hay harta atención individual. Tú también has tenido la experiencia de atención individual, y además pasaste por esta experiencia que no es... es individual, es grupal. ¿Qué diferencia ves tú entre una y otra experiencia?

P: Que una es como más sería siguiendo ciertos reglamentos y otra es más lúdica. La grupal es más lúdica, más entretenida.

E1: Y quee...

P: La otra es mas estructurada, tenemos que hacer esto, esto otro en un lapsus de tiempo determinado. La otra también tiene sus límites pero es más abierta. A veces nos encasillamos a puro hablar los problemas míos o los de la *** y nos llevamos conversando todo el rato de una pura cosa. Pero así es, de que lo grupal es más lúdico y vemos más cosas de ti o del otro que me sirven a mí, para la vida diaria también poh.

E2: Por ejemplo la relación con el profesional, como es el espacio individual y como la ves en el espacio grupal.

P: Igual poh, allá es más serio, más de carácter formal y de que las cosas son enserio en serio. Y acá es como más lúdico y que si hay que matarse de la risa con otro, nos matamos de la risa igual no más.

E1: ¿Y eso tiene efectos como en la relación con el profesional también?

P: si.

E1: ¿Cómo se ve a la profesional en este tipo de actividades grupales?

P: Como de igual a igual. No se ve tanto como más arriba como profesional sino que se ve más de igual a igual.

E1: ¿Y eso tiene algún efecto? Porque en el fondo la gente viene aquí como a una especie de tratamiento. ¿Eso tiene algún efecto como en el tratamiento de las personas?

P: Obvio, las personas salen más feliz, más contenta y se olvida de todos los problemas.

E1: Y qué opinión y tienes tú si te comentáramos que en este COSAM hay un énfasis en las intervenciones individuales más que en las intervenciones grupales y lúdicas que reúnen a las personas. Más bien este COSAM está más enfocado en la atención individual.

P: No es que también es válido, también es válido, pero que aunque sean pocos también se hagan estos espacios de hacer estas cosas grupales. Aunque sean pocos, que también este la alternativa. Para que esos usuarios tratados de forma personal, también tengan la opción de ser tratados como grupalmente. Que también ayuda harto en la mejora de los problemas que la persona traiga.

E1: OK, ha sido harto rato.

E2: Gracias por la conversación, será de mucha utilidad.

P: Para lo que ustedes necesiten, me llaman y estoy.

ANEXO 4

Notas de campo

1.- PRIMERA REUNIÓN:

Asisten K. B. y M. Se trata de dos mujeres de 40 años y el hijo de una de ellas.

En la primera actividad reconocen las características de las 3 instituciones que se les presentan. Las tres dialogan fluidamente. M. dice que el trabajo con la comunidad debería estar en CESFAM porque ellos tienen más capacidad son más grandes y están insertos en la comunidad. K. señala que el COSAM esta como cerrado, la gente no sabe. M. agrega que piensan que es para locos, hay una reticencia con los psicólogos.

Ambas mujeres trabajan fuera de casa, una como funcionaria de una universidad y la otra como vendedora en un kiosko.

Ambas son separadas, no tienen pareja actualmente. Sobre la segunda actividad M. señala ella tiene mucha rabia, que el problema con el papá de sus hijos no la deja hacer nada tranquila y le esta dando vuelta a eso constantemente y eso le trae problemas con su hija. Se le pregunta si eso puede llamarse "problemas familiares" y dice que no porque él no es parte de su familia.

K. dice que no ha estado cansada porque tuvieron vacaciones, pero en una semana normal siente la rutina, hacer lo mismo siempre, cumplir con una tarea tras otra, de la pega a la casa. B. dice que no se ha enojado en el último tiempo pero se enoja cuando le repiten muchas veces las cosas, su familia es cargante. K. habla también de la falta de comunicación que hay entre la gente en general, ya nos se hablan en el barrio con los vecinos.

Valoran este espacio como posibilidad de juegos con los niños, hablan de la importancia de las relaciones humanas, de decir cuenta conmigo. hay entusiasmo por crear más cosas y por invitar a más personas.

2.- SEGUNDA REUNIÓN:

Asisten K., M., C. y B. En esta jornada se integra C. Ella es separada, tiene pareja actualmente y trabaja cuidando a una niña.

Las tres mujeres son usuarias de este COSAM por muchos años. Lo que las motiva en este espacio es la idea de construir.

Se propone hacer una elaboración de las distintas dificultades mencionadas por las participantes, los facilitadores proponen la metodología del árbol de problemas, se desarrolla primero una conversación en torno a lo que pasaron durante la semana y se conecta con algunas ideas de la semana pasada.

La metodología del árbol consiste en dibujar un árbol en el que en la Orientación Horizontal los temas se ubican de izquierda a derecha según el grado de control que tengamos sobre él. Desde lo que está en nuestras manos a lo que hasta más fuera de ellas (en forma gradual) y en la Orientación Vertical:

a) Raíces: aquí se terminaba de consensuar las causas de los problemas.

b) Ramas: aquí se terminaban de consensuar los principales efectos.

K. y M. relatan situaciones cotidianas con sus hijos y con el colegio, y desde allí se desprenden nuevamente las ideas en las que todas están de acuerdo que es la “comunicación familiar” una dificultad muy importante para ellas. Buena parte de la sesión gira en torno a cómo esta situación hace mucho más difícil la vida cotidiana en el entorno familiar y se hacen algunas precisiones acerca de que no es lo mismo una mala comunicación como la que ellas describen a la no existencia de la comunicación, M. señala que le gustaría entonces tener una mejor comunicación en su familia.

Hacia el final de la sesión se da una conversación acerca de la culpa y cómo ellas se sienten culpables constantemente, al no poder cumplir con diversas exigencias relacionadas con el peso de ser mujer, mamá que trabaja en una sociedad machista. Se termina la sesión sin concluir ni profundizar completamente sobre este tema, ya que el COSAM estaba cerrando.

3.- TERCERA REUNIÓN

Asisten K., M., C.

Espontáneamente se da una conversación respecto de las enfermedades de los hijos. Se habla de tener un botiquín, del SAPU, de la primavera como tiempo de alergias. Se habla del tiempo de antes, donde no habían medicamentos.

Se retoma la conversación a partir de la dinámica del árbol de problemas, se vuelve sobre el tema de la culpa, se asocia con que es una experiencia mucho más femenina, cada una habla de cómo ellas ven que los hombres enfrentan de manera distintas los problemas, recurriendo a experiencias personales donde cuentan que sus parejas se han acercado más al tema del alcohol y las drogas para evadir sus problemas, C. señala que su esposo es un 7 en ese sentido y que es muy comprensivo con ella, pero que en experiencias anteriores le ha pasado lo mismo.

Vinculan esto con elementos que han aprendido de otros talleres y ponen en la base de estas dinámicas la sociedad machista, la forma en que las han criado a ellas y a los hombres, cuentan algunas experiencias sobre su propia historia, y tratan de dar posibles soluciones

Hacia el final del taller se decide estratégicamente como continuar las sesiones siguientes, los facilitadores les cuentan que con el afán de hacer abordable lo que han ido conversando es que se pueden tomar los temas que está más cerca de la parte superior del árbol, ya que por ejemplo la sociedad machista es un tema muy importante, pero que no se puede resolver completamente en un taller, pero que sí se pueden abordar algunas de sus ramas.

Es ahí que las participantes deciden que quieren seguir conversando en torno a sus dinámicas familiares y que más específicamente quieren aprender y reflexionar sobre nuevas alternativas de comunicación con sus hijos y con su familia en general, porque creen que ahí está la causa a muchas de las cosas que les pasan.

4.- CUARTA REUNIÓN

Asisten K., M., Ma.

En esta sesión se plantea por parte de los facilitadores una dinámica más lúdica y de experiencia, para poder conectar con más emociones en relación a los temas que se vienen conversando, se comienza pidiéndole a cada una que describa una experiencia o situación en su entorno familiar que las complique o haya complicado.

K. describe una situación en el pasado cuando su hijo tenía conductas agresivas en el colegio y en la casa y no le hacía caso, eso para ella fue muy complicado pero señala que ahora están mejor. Ma cuenta una experiencia que vivió con su marido y con su hijo acerca del consumo de drogas, luego M. relata cómo después de muchos cambios en su vida su familia, es decir ella y sus hijos se encuentran en una relación complicada, sintiéndose ella muy sobrepasada.

Allí deciden que de las tres situaciones entre todas representarán la de M. mediante una escultura con sus cuerpos, luego de realizar la escultura las personas que tomaron el rol y posición de los hijos le relatan a M. cómo se sentían en esas posiciones, ella se emociona mucho, así como los otros participantes. Se cierra allí esta sesión de taller

5.- QUINTA REUNIÓN

Asisten M., Ma., y K.

Se fija la fecha para la actividad final de cierre de los talleres, esta se realizará el día 6 de diciembre y desde las distintas participantes del taller se proponen las actividades a realizar ese día, se establece una lluvia de ideas donde M. dice que le gustaría un momento sensible, que pueda existir un clima emocional abierto para compartir experiencias.

Así también, les gustaría que hubieran juegos, Ma. plantea que deberían haber canciones y música. El tema grande sería los afectos en la familia en un comienzo, pero en la conversación muta a la comunicación familiar por ser más abordable en una jornada.

Se decide que facilitadores y participantes del taller estarán organizados a la par el taller y de aquí en adelante se comienzan a decidir elementos operativos para las próximas semanas.

- Deciden que la mayoría de los materiales que se utilicen serán reciclados
- Que les gustaría que hubiera comida y bebidas y se decide que será colaborativo
- Hija de M. se ofrece a diseñar el afiche para hacer conocida la actividad

- La convocatoria será intencionada a todos quienes hayan sido parte de los talleres del programa infantil en el año 2016, pero se mantiene abierta para hacer difusión en todo el COSAM
- Los facilitadores del taller quedan a cargo gestionar los espacios y los días en COSAM

6.- SEXTA REUNIÓN

Asisten K., M., Ma. Esta sesión se dedica a la preparación de los materiales de la jornada y a diseñar todo lo que sea necesario para las actividades que se tienen como programa, además se distribuyen responsabilidades entre los participantes para la próxima semana sobre las últimas tareas pendientes, a lo largo de la sesión las participantes conversan mientras recortan los elementos para la última actividad, la sesión es más corta y al final de ella se acuerda que la próxima semana llegarán ellas a las 6 para comenzar a preparar todo

7.- SÉPTIMA REUNIÓN

Sesión de cierre de talleres (25-30 asistentes aproximadamente)

Asisten 12 familias convocadas a una actividad que cierre todos los talleres del programa infanto juvenil. Incluso se incorporan personas que no han sido parte de los talleres al ver la actividad desarrollándose, se realizan aquí 2 actividades con todo el grupo de reconocimiento y para romper el hielo y luego una actividad final donde el grupo de más de 25 personas se dividió en grupos familiares que eran aproximadamente 12 y cada uno representó a su familia mediante un árbol con materiales reciclado. Luego en una plenaria cada cual compartió su experiencia. Niños, adultos y profesionales de la institución participaron de igual manera en todas las actividades.

Nota: hay dos veces que el taller se suspende, una por dificultades con el espacio de COSAM, ya que no estaría abierto y otras porque las participantes del taller no podían asistir ese día