



**UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE POSTGRADO**

**EXPERIENCIA DE SENTIDO EN PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE  
ESQUIZOFRENIA**

**Tesis Formativa Equivalente para optar al grado de Magister en Psicología Clínica de  
Adultos**

**MARIELA CORTÉS SOTO**

**Profesor Guía:**

**Rodrigo Morales Martínez**

**Profesor Co-Guía:**

**Felipe Gálvez Sánchez**

**Informantes:**

**Daniela Thumala Dockendorff**

**Carolina Castruccio Álvarez**

**Tesis aprobada con Distinción Unánime**

**Santiago de Chile, 2017**



**EXPERIENCIA DE SENTIDO EN PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE  
ESQUIZOFRENIA**

## **RESUMEN**

La presente investigación busca explorar y analizar las experiencias de sentido de personas que han sido diagnosticadas con esquizofrenia y que mantienen un tratamiento en algún dispositivo de salud pública en Chile. Para esto se utilizarán las distinciones de Cristóbal Holzapfel (2005) en cuanto al sentido, sus generadores y las fuentes que lo dispensan. Además, estos conceptos se pusieron en tensión con las distinciones en cuanto a la forma en que la sociedad se organiza desde la sociedad disciplinaria hacia la sociedad del rendimiento. Estos conceptos permitirán analizar los discursos emergentes de personas diagnosticadas con esquizofrenia en el desarrollo de un grupo de discusión.

Se pudo observar que el lugar de exclusión que ocupan las personas diagnosticadas con esquizofrenia no es un lugar impermeable a los mandatos sociales. El lugar de lo femenino y lo masculino modula las aspiraciones de las personas a pesar de no participar socialmente y estar coartados por un diagnóstico. Además, la religión permite la participación de las personas con diagnóstico de esquizofrenia en un espacio donde las funciones de sociales se conservan. Finalmente, los sujetos definen un mejor tratamiento como el que está mediado por un buen vínculo que por mejores condiciones estructurales.

## **PALABRAS CLAVE**

Esquizofrenia, Sociedad Disciplinaria, Sociedad del Rendimiento, Salud Pública.

## ÍNDICE

1. Introducción .....	1
2. Formulación y relevancia del problema .....	3
2.1. Relevancia social .....	5
2.2. Relevancia metodológica .....	8
3. Marco Teórico.....	10
3.1. Locura y Sociedad .....	10
3.1.1. Psiquiatría: origen y actualidad .....	11
3.1.2. Gubernamentalidad y proceso de subjetivación .....	17
3.1.3. Desde una sociedad disciplinaria hacia la sociedad del rendimiento .....	21
3.2. Esquizofrenia y política pública .....	28
3.2.1. Salud mental en Chile .....	28
3.2.2. Diagnóstico como dispositivo .....	35
3.2.3. Espacios y esquizofrenia .....	40
3.3. Sujeto y Sentido .....	45
3.3.1. Generadores de sentido y sus fuentes dispensadoras .....	45
3.3.2. El sentido en términos de producción y seducción .....	49
4. Metodología .....	54
4.1. Descripción del grupo de participantes .....	55
5. Análisis de resultados .....	57
5.1. Como soñar despierto .....	57
5.2. Los lugares <i>otro</i> como destino .....	63

5.3. Religión como alternativa al lugar <i>otro</i> .....	64
5.4. La omisión del significante .....	67
5.5. Deseo y espacios de exclusión .....	69
5.6. Respeto como herramienta terapéutica .....	72
5.7. El futuro, <i>Carpe Diem</i> y otras proyecciones .....	77
6. Conclusiones y discusión .....	80
7. Bibliografía .....	89
8. Anexos .....	92
8.1. Anexo 1 .....	93
8.2. Anexo 2 .....	94
8.3. Anexo 3 .....	95
8.4. Anexo 4 .....	97
8.5. Anexo 5 .....	99
8.6. Anexo 6 .....	140

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación surgió como respuesta a una inquietud que ha ido creciendo con los años. Advierto que la inquietud tiene un carácter muy personal y que obedece un trayecto que he trazado en mi vida. Esta surgió durante la realización de mi tesis de pregrado, donde tuve el privilegio de tener el tiempo y el espacio para poder visitar a todas las personas con diagnóstico de esquizofrenia que se atendieran en salud pública en la ciudad de Arica. No tengo palabras para describir todo lo que aprendí en esos meses de entrevistas a ellos y ellas y a sus familiares, quienes nos abrieron la puerta de su casa y nos permitieron entrevistarlos sin pedir nada a cambio.

Además, participé en una organización comunitaria de ayuda al enfermo mental crónico, OCAEM, la cual funcionaba sin ningún financiamiento estatal. Las personas se reunían en una casa pequeña cerca del centro de la ciudad e intentaban mantenerse ocupados durante las tardes. Durante el año transitan voluntarios y estudiantes de la universidad intentando aportar en conocimientos al bienestar de las personas que asisten. Estas dos experiencias me llevaron a notar sobre lo deficitario que es el tratamiento para la esquizofrenia en nuestro país, fundamentalmente porque sólo comprende una pequeña porción de la vida de cada una de las personas que tienen que vivir con un diagnóstico de estas características, no por lo que comprende en sí el diagnóstico, sino por las implicancias sociales y familiares de este. Y finalmente cómo los derechos humanos no constituyen el propósito fundamental de un tratamiento en salud mental.

Posterior a esto, comencé mis primeros acercamientos a un trabajo terapéutico como tal en esta área, en el Centro Diurno de Rehabilitación en el Hospital Las Higueras de Talcahuano, allí pude entender las potencialidades que existen al trabajar con personas con discapacidad y conocí la importancia del trabajo interdisciplinario, además que un actividad terapéutica no necesita un setting estándar sino que es mejor cuando el terreno es neutral. Aprendí lo importante que es tener conciencia de la posición de poder en la que se encuentra un terapeuta frente a una persona que tiene un malestar y finalmente, entender – o intentar entender – la lógica gubernamental del trabajo en salud pública.

Estas dos grandes experiencias me hicieron buscar nuevos espacios de formación en torno a la práctica clínica y cómo poder mejorar mi trabajo en personas con estas características e historias similares. Es así como llegue a la Universidad de Chile, a la línea sistémica relacional y posteriormente al Hospital Barros Luco y el COSAM de Quinta Normal. En estos dos lugares he podido ir reafirmando mi convicción que existen maneras mejores de trabajar con personas que poseen trastornos mentales severos, que han sido diagnosticados con esquizofrenia o poseen algún trastorno psicótico. El diálogo con mis compañeros de trabajo, con mis profesores y principalmente con las personas que he tenido que atender, quienes amablemente han depositado su confianza en mí y me han permitido intentar ayudarlos, me han inspirado a hacer esta investigación con el objetivo de poder entender cómo es la experiencia de sentido de las personas que han sido diagnosticadas con esquizofrenia, en un país donde, a pesar de haber tenido una dictadura hace muy poco tiempo, los derechos humanos aún no son el tópico de discusión que cruza todas las políticas públicas.

Un aspecto fundamental de esta investigación es el contexto social del país donde está inserta. Chile es un país donde la salud mental tuvo grandes avances en el periodo previo a la dictadura, donde llegó a tener exitosas experiencias en el sector sur de la capital en cuanto al trabajo comunitario en salud mental. Es por esto que esta investigación comprende aspectos de la realidad del país en torno al modelo socioeconómico que posee Chile, inundando todos los aspectos de las personas que habitan en esta sociedad.

## RELEVANCIA Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

*La esquizofrenia no es, pues, la identidad del capitalismo, sino al contrario su diferencia, su separación y su muerte.*

*Deleuze & Guattari*

Una de las primeras cosas que se aprende en los cursos de psicopatología y psiquiatría en la universidad es sobre la complejidad de la esquizofrenia. Nombres, tipos, clasificaciones, diagnósticos diferenciales, manuales DSM y CIE, todos intentando abarcar la complejidad de esta patología. Sin embargo, a pesar que los argumentos proporcionados en el pre grado, en la práctica clínica pareciera ser que la complejidad de la esquizofrenia tiene tanta relación con las implicancias sociales del diagnóstico, como con el diagnóstico en sí mismo. Y es que el diagnóstico generaría un impacto en el desarrollo de sus vidas, en el lugar que comienzan a ocupar en la sociedad y la forma como la sociedad se relaciona con ellos, es esto sobre lo cual menos trabajos hay y sobre lo cual versará el desarrollo de esta investigación.

La complejidad de la esquizofrenia pareciera radicar, además de lo propio del funcionamiento psicótico, en lo que le sucede al individuo que se reconoce y es reconocido bajo la nominalización de una clasificación diagnóstica extendida en el mundo. Tal clasificación reúne un conjunto de signos y síntomas, pero no la injerencia del individuo (su vivencia de sentido) más allá del significado que se despliega en el concepto de esquizofrenia.

Desde aquí en adelante, las personas con esquizofrenia – extraviadas en su singularidad – pasan a ser sujetos de este nombre. Mitos, estigma, discriminación, beneficios sociales, trabajos protegidos, pensiones de invalidez, demandas de interdicción, vulnerabilidad y políticas públicas van de la mano con la recepción hospitalaria de este nombre en la sociedad. Goffman (2006) llamó al estigma como “segunda enfermedad” y pareciera que todo lo demás nombrado anteriormente entra en la misma designación. Incluso, la Guía

Clínica para el tratamiento para personas desde el primer episodio de esquizofrenia (MINSAL, 2009b), realiza recomendaciones explícitas al respecto de qué tipo de tratamiento (psicoterapia cognitivo conductual) debe tener una persona con esquizofrenia.

Foucault (1999) plantea que toda sociedad posee un sistema de exclusión en común: exclusión del discurso, la familia, el juego y el trabajo. Llamó a esto una cuádruple exclusión y los individuos que participan de estas cuatro formas, son los llamados *locos*. En la sociedad industrializada, el loco es definido a partir de su incapacidad de poder trabajar, es así como el *loco es aquel que no posee status ocupacional*. Es aquel también que “ojalá no tenga familia” o participe de las celebraciones, o tuviera algo importante que decir, como si la misma condición anulara la posibilidad de expresar un deseo, trabajar, disfrutar, amar o tener familia. El lugar de marginalidad que ocupó el loco en las sociedades más elementales, sigue siendo ocupado por él en nuestras sociedades modernas post industriales.

El lugar del loco sería un no-lugar, o como señala Foucault (1984) una heterotopía, un lugar – *otro*, un contra – emplazamiento donde se da lugar a lo que está “fuera de lugar”. Son el capitalismo y luego el neoliberalismo – utopías de la sociedad industrial – las que se relacionan con el loco desde la funcionalidad de su lugar de exclusión. El lugar – otro de la heterotopía es aquel que permite el reconocimiento del lugar – este de la utopía o normalidad.

Desde el horizonte de la sociedad disciplinaria enfocada en la prohibición (Foucault, 2002) pasando en la sociedad del control, enfocada en el control de los tiempos, llegado a la sociedad del rendimiento (Han, 2012), la sociedad de la pura posibilidad, nos encontraremos con una genealogía necesaria para comprender la experiencia de sentido del loco en su relación con la sociedad.

Se pretende por ello abordar, además de lo señalado, la esquizofrenia desde la perspectiva del Sentido, donde se entiende que el hombre se instala en el mundo de modo significador y simbolizador y como buscador permanente de sentido (Holzapfel, 2005). Necesita el sentido para justificar y encontrar la orientación en cuanto a su estadía en el mundo. Para

Holzapfel, el sentido se concibe por medio de fuentes que lo dispensan, las cuales están presentes en todas las culturas. Estas son: el amor, la amistad, el saber, el trabajo, el juego, la creatividad, la muerte y el poder. Ellas son las que, como objetivo central, cobran relevancia en esta investigación, puesto que el diagnóstico se configuraría como un dispositivo de poder sobre los sujetos en todo el espectro de su vivencia del diagnóstico de la esquizofrenia, contextualizados en una subyacente sociedad del rendimiento.

#### Relevancia Social: el problema de esquizofrenia

Las dictaduras vividas en América Latina durante la década del setenta y ochenta, generaron un tipo de sociedad donde las personas perdían autonomía y se constituían en sujetos cada vez más dependientes. En vista de esto, la convención de Alma Ata en 1978, propuso la participación social como uno de los principales mecanismos para construir o reconstruir la identidad deteriorada de grupos étnicos, migrantes rural/urbano, de homosexuales o *locos*. Es así que la participación social aparece no sólo como mecanismo de rehabilitación, sino como un ejercicio donde los sujetos y grupos puedan experimentar su propio poder y sus posibilidades (Menéndez, 1998).

Luego del regreso de la democracia a nuestro país, se impulsó en el año 1993 desde el Ministerio de Salud, un plan nacional donde se definían lineamientos básicos en relación al trabajo en salud mental con la población. Esto sentó las bases para la estrategia del año 2001, el cual incluía las principales líneas de acción propuestas por la Organización Mundial de la Salud (MINSAL, 2001). Destaca entre estas líneas de acción, la búsqueda de la vinculación con la comunidad desde los servicios de salud mental, así como la integración intersectorial de los dispositivos de salud, de esta manera, se facilitaba la participación activa de los usuarios en la red de salud mental y su comunidad.

Esta estrategia dio lugar al Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2001, el cual tiene como propósito:

“Contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para relacionarse entre sí y con el medio ambiente, de modo que promuevan el bienestar subjetivo, el desarrollo y el uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognoscitivas, afectivas y relacionales, y el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común” (pág.2).

En el marco de la modernización de la gestión pública, la participación social es concebida como una estrategia básica para la consolidación del sistema democrático, el logro del bienestar y la inclusión e integración social (MINSAL, 2005).

El MINSAL define que la importancia de la participación no radica sólo en el hecho de su contribución a la construcción de una comunidad sociopolítica. También fortalece la capacidad de las personas y las comunidades para hacerse cargo y/o protagonizar la solución de sus asuntos

Una de las patologías que define como prioritarias en su atención es la esquizofrenia. Se estima que el 1,02% de la población chilena posee este diagnóstico (MINSAL, 2009b) por lo que en el año 2009, el Ministerio de Salud elaboró una Guía Clínica para el Tratamiento de Personas con primer brote de esquizofrenia, donde específicamente, se considera un tratamiento exitoso cuando la persona se mantiene adherente al tratamiento farmacológico (MINSAL, 2009b). Sin embargo, el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría junto con la Guía Clínica para el tratamiento de la esquizofrenia (MINSAL, 2009b), contemplan dentro de sus objetivos el fomento la participación social como parte importante de la recuperación de las personas. Se desprende de esto uno de sus objetivos principales, el cual tiene relación con:

Contribuir al desarrollo de contextos sociales que favorezcan el reconocimiento y respeto de los derechos de las personas con esquizofrenia, su plena inclusión social

y ejercicio de la ciudadanía, de modo de facilitar su integración, vinculación, nivel de funcionamiento, ajuste biopsicosocial y mejoramiento de su calidad de vida. (pág. 12).

Sumado a esto, según Menezes (2000), una de las principales evidencias del pronóstico de la esquizofrenia es el perjuicio en el ajuste social, característica principal de este cuadro clínico, la cual se observa en las diversas dificultades en el funcionamiento social de los sujetos diagnosticados con esquizofrenia.

Cabe destacar que en la propuesta del Ministerio de Salud con respecto a la Guía Clínica de Tratamiento para Personas con Primer Episodio de Esquizofrenia (2009b), se observa un énfasis en la promoción de la adherencia al tratamiento en su área farmacológica, que es parte importante del tratamiento global, pero no la única forma terapéutica de abordaje. En este sentido, poco se le pregunta a la persona por cómo ha sido la experiencia de haber sido diagnosticado o lo que espera de los equipos de salud mental o de su propia familia. Esta experiencia queda invisibilizada dentro de su propio tratamiento, dejando de lado aspectos que pudiesen ser importantes para el trabajo con su familia y la comunidad. Esto no iría en la dirección de los objetivos planteados por ellos en la estrategia del plan nacional ni menos en su guía clínica de tratamiento.

En la actualidad, el Plan Nacional de Salud Mental se encuentra en una etapa de revisión y actualización. Se pretende renovar este plan y ejecutarlo entre el año 2016 hasta el 2025. Este nuevo plan supone un cuestionamiento de las bases que sostienen los antiguos planes de salud mental, los cuales asumen que existe un tejido social que sostenga las ideas de estos planes.

Durante los años 1968 y 1973, en Chile se impulsó desde la Clínica Psiquiátrica Universitaria del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, un plan piloto de salud mental, liderado por el Dr. Juan Marconi, quien propuso un modelo de *Psiquiatría Intracomunitaria*. Este modelo comprendía la participación activa de la comunidad y el protagonismo de los actores comunitarios, quienes tenían la misión de detección de las

problemáticas de salud mental y que la propia comunidad pudiera resolver *con apoyo técnico pero sin dirección técnica* en el sentido del autoritarismo (Mendive, 2004). En un principio se impulsaron clubes de abstemios, los cuales eran dirigidos por un mismo operador comunitario, formado por profesionales con conocimientos técnicos. Con la llegada de la dictadura militar, el programa fue desmantelado y poco a poco los clubes de abstemios comenzaron a desaparecer. Los buenos resultados obtenidos, principalmente en la recuperación de personas con dependencia al alcohol, sentaron las bases para la realización de los primeros planes de salud mental, los cuales están pensados desde la nostalgia de dicho plan piloto, sin tomar en cuenta que la inexistencia del tejido social es lo fundamental para el éxito de las políticas públicas en salud que apuntan hacia la rehabilitación en la comunidad.

La misión del Plan Nacional de Salud Mental, configurado bajo la nostalgia de los años 1968 hasta 1973, no se condice con la guía clínica de tratamiento para personas con esquizofrenia, principalmente porque no consideran que existen otras formas de tratamiento, distintas formas de abordaje de una misma problemática, porque no consideran la problemática asociada a recibir un diagnóstico que implica una enfermedad crónica y donde el objetivo de la adherencia farmacológica se reduce sólo a que se mantenga estable y no que se desarrolle como persona. ¿Por qué la “cura” debe ser la remisión de síntomas?

Cuestionar y así explorar nuevas formas de acompañar un proceso de tratamiento para personas con esquizofrenia, supone relevancia en el trato humanitario y en el respeto de los derechos humanos.

Relevancia metodológica: la emergencia de los tópicos

El método que se utilizará será la realización de un grupo de discusión. El objetivo principal es buscar esa construcción de sentido común que uno o varios grupos sociales hacen en torno a un ámbito determinado (Criado, 1992). En este caso, sería la experiencia de sentido que surge al haber sido diagnosticados con esquizofrenia.

Para Jesús Ibañez (1979) el contexto existencial del discurso del “grupo de discusión” es un proceso de producción. El discurso del grupo es el resultado de una producción, no de una recolección. El objetivo final del análisis sería hallar los marcos de interpretación a partir de los cuales los sujetos dan sentido a un conjunto de experiencias (Criado, 1992), y así buscar una experiencia de sentido común entre los actores.

De esta manera, el conocimiento surgiría desde los mismos actores participantes de la investigación, abriendo un espacio de cuestionamiento hacia la forma cómo ha sido llevado su tratamiento, visualizando experiencias comunes en la vida de ellos y revisando la forma cómo se ven a sí mismos en este lugar en la sociedad.

Este estudio permitiría contribuir a búsqueda de nuevos espacios terapéuticos en el trabajo con personas con esquizofrenia. Propiciar espacios de relación que contribuyan al autoconocimiento y a construir una forma de verse a sí mismo a través de la interacción con el otro. Contribuir a la formación de un grupo terapéutico desde y por las mismas personas que experimentan la psicosis, podría dirigir los tratamientos hacia formas menos convencionales, al margen de los tratamientos actuales en salud mental. Pertenecer a un grupo implica, en este sentido, compartir con el resto de miembros del grupo una competencia comunicativa. Y viceversa: se demuestra la pertenencia al grupo mediante la competencia comunicativa (Criado, 1992).

Es así como surge la pregunta: **¿Cómo se articula la experiencia/vivencia de sentido que emerge en las personas usuarios del sistema de salud público al recibir el diagnóstico de esquizofrenia?**

## MARCO TEÓRICO

### 1. Locura y Sociedad

La locura ha estado presente durante toda la historia de la humanidad. En todas las sociedades han existido registros de la locura como fenómeno presente e inagotable. Según la Real Academia Española, la locura es definida como “Privación del juicio o del uso de la razón”<sup>1</sup>, situación que se vería expresada en un comportamiento desviado de la norma social establecida. A modo de ejemplo, en la cultura Aymara, localizada en gran parte de Sudamérica, la locura se conceptualiza como una “pérdida del ánimo”, manifestándose como insomnio, pérdida del apetito y alteraciones en el funcionamiento doméstico y relacional. En casos más graves, las alteraciones irían más allá del consenso cultural en torno a la normalidad. Es así como “El *loco*” se muestra como un sujeto desorientado de la colectividad de su grupo de pertenencia.

Antiguamente, se entendía la locura como una posesión demoniaca o incluso un castigo divino, del cual no existían – o existen – tratamientos efectivos al respecto. El *loco* está presente en todos los lugares de nuestra historia y pareciera que la locura podía ser un fenómeno potencial para cualquier individuo, sin distinguir status social o económico, nacionalidad, género, etc. La locura en el poder puede ser uno de los lugares más llamativos de los espacios que la locura ocupa en una sociedad. Ejemplos de gobernantes tildados de locos hay muchos: Calígula en el Imperio Romano, quien nombró cónsul a su caballo preferido; Ricardo II, rey de Inglaterra, se sentaba en su trono con la corona puesta durante horas y hacía que la corte permaneciera allí en silencio; Carlos VI de Francia, quien por períodos olvidaba quién era, aseguraba llamarse Jorge, no reconociendo a su esposa e hijos; Juana I de Castilla, conocida popularmente como Juana “la loca”, quien perturbada por la muerte de su marido, permaneció más de 40 años encerrada en el palacio de Tordecillas hasta su muerte. Al parecer, la locura tiene tanto de misteriosa como de democrática, sin embargo, el lugar que ha ocupado a lo largo de la historia ha ido cambiando, quedando

---

<sup>1</sup> Recuperado del sitio web: <http://dle.rae.es/?id=NYDU9d>

finalmente relegada a la exclusión. Incluso, no siempre la locura ha sido considerada una enfermedad. En algunas culturas, los síntomas asociados a la locura son indicio de poseer algún don o privilegio en relación al resto de la comunidad. Entonces ¿Desde cuándo se considera que la locura es una enfermedad? ¿Cuál es el lugar del loco en la sociedad contemporánea?. Se revisarán conceptos y mecanismos asociados al control y la gestión de la salud y enfermedad, desde la Edad Media hasta nuestros días, desde la Sociedad del Pastorado hasta la Sociedad del Rendimiento, pasando por las distinciones que realiza Deleuze al respecto del paso de la sociedad disciplinaria hacia la Sociedad del Control.

### 1.1 Psiquiatría: origen y actualidad

Las concepciones en torno a la salud mental y específicamente a la locura han ido variando según la época donde se presenta y la cultura donde se inserta. Sin lugar a dudas, la locura antecede a la psiquiatría, siendo objeto de investigación, de diversos tratamientos médicos, formas distintas subjetivación, entre otras. Sin embargo, desde el comienzo de la psiquiatría, los llamados “locos”, han sido sometidos a distintas reubicaciones en torno al lugar que ocupan en la sociedad.

Foucault (1999) considera que el loco posee un estatuto universal que no tiene que ver con la naturaleza de la locura, sino con las necesidades fundamentales de todo funcionamiento social. En primer lugar, desde un punto de vista etnológico, los estatutos generales de la locura dicen relación con el sistema de coacciones de una sociedad, que al existir, plantea también un sistema de exclusiones. Según el autor, el loco va a presentarse siempre en el margen del sistema de coacciones, el cual es necesario para el funcionamiento de la sociedad. En relación a esto, existen cuatro juegos de exclusión dentro de las sociedades: exclusión con respecto al trabajo, la familia, la palabra o discurso y el juego. En una sociedad existe un número de individuos que forman parte de los cuatro sistemas de exclusión al mismo tiempo, aquellos que han sido denominados “locos”.

Desde la configuración de la sociedad industrializada hacia la sociedad del rendimiento (Han, 2012), el loco es definido a partir de su incapacidad de poder trabajar; es aquel que

no posee “status ocupacional” (Foucault, 1999), su incapacidad para hablar con cordura, la incapacidad de formar una familia y la negación de derecho a recrearse. El lugar de marginalidad que ocupó el loco en las sociedades más elementales, sigue siendo ocupado por él en nuestras sociedades modernas post industriales.

Desde una perspectiva histórica, para Foucault en la Edad Media, la locura era un fenómeno tolerable dentro de la sociedad, donde el lugar de marginalidad del loco no era cuestionado. El estatuto del loco en la sociedad, la cuádruple exclusión, se ha mantenido relativamente intacto hasta nuestros días. No obstante, lo que ha cambiado es la tolerabilidad del estilo de vida del loco. La llegada del modelo capitalista a las sociedades europeas dio paso para la creación de centros de reclusión para aquellos que no podían sumarse a la fuerza trabajadora, allí permanecían locos, inválidos, ancianos, etc., experimentando de forma material la exclusión social.

Posteriormente, en Francia e Inglaterra a finales del siglo XVIII, se dio lugar a una liberación masiva de estos recintos de reclusión. Un ejemplo de esto fue en el Hospital de Salpêtrière en Francia en 1792. Sin embargo, los locos fueron los únicos que permanecieron recluidos. Es en este momento en donde se configura la figura del loco como aquel que debe ser sanado, el enfermo mental que no puede cumplir con las exigencias del nuevo sistema económico y además participando de los cuatro sistemas de exclusión. En palabras de Foucault (1999) “el enfermo mental no es la verdad por fin descubierta del fenómeno de la locura, es su avatar propiamente capitalista en la historia etnológica del hombre” (pág. 95).

Esta nueva condición de enfermo mental, propició el espacio para el desarrollo de una disciplina emergente de la mano de la medicina. Foucault (2007), plantea que la razón por la cual la locura comenzó a ser considerada una enfermedad mental y como tal, un peligro social, es debido al engranaje de ciertos mecanismos de poder: unos relacionados con el poder judicial y otros relacionados con el saber y poder médico. La constitución de la psiquiatría como poder social, plantea el autor, está en el encadenamiento del poder de la psiquiatría como disciplina de protección social.

Dentro de las funciones del poder judicial se encuentra castigar el acto cometido, tomando siempre en cuenta la racionalidad del mismo. Es decir, la necesidad de identificar la razón del sujeto que comete el crimen y la inteligibilidad del acto a castigar. La razón del sujeto a castigar es a lo que se le aplicará la ley (Foucault, 2007). La psiquiatría comienza a participar en este contexto, en la medida que el poder judicial no pueda determinar la inteligibilidad del acto a castigar, donde no puede aplicar los mecanismos punitivos.

En un comienzo, la psiquiatría se constituyó como una disciplina adscrita a la Higiene Pública, la cual debió realizar, según Foucault, dos codificaciones simultáneas: tuvo que patologizar los desórdenes o calificar la locura como una enfermedad y al mismo tiempo, codificar la locura como un peligro, siendo así coherente con su labor de participación en la higiene pública. Entonces, para que la psiquiatría pudiese funcionar como tal, debió establecer una “pertenencia esencial de la locura al crimen y el crimen a la locura” (pág. 117).

Desde el siglo XVIII, la disciplina médica definió dos caminos que convergen para diagnosticar una enfermedad: síntomas y signos. En *El Nacimiento de la Clínica* (1966), Foucault define el síntoma como “la forma bajo la cual se manifiesta la enfermedad y permite precisar un estado patológico, una esencia mórbida y una causa próxima” (pág. 131). El signo, por su parte, pronostica lo que ocurrirá al respecto del síntoma. La combinación de ambos, daría paso a la emergencia del significante. El autor postula que el surgimiento de este método clínico habría desechado la relevancia del significante, puesto que el síntoma habría sido reducido a la mera indicación de un estado patológico, convirtiéndolo en “el significante de la enfermedad” (pág. 133).

La omisión del significante real, no la mera compilación de síntomas como significante, le daría más relevancia a una exploración clínica de lo observable y no del significante de la enfermedad. El sujeto quedaría ajeno a su sufrimiento en esta relación médico – paciente, tomando en cuenta el estado patológico en un nivel descriptivo e inmediato con el fin de diagnosticar. En relación al poder, para Basaglia (1979), la psiquiatría se configuró como “una mala copia de la medicina” (pág. 26), en la cual el enfermo aparece totalmente dependiente de médico tratante. Refiriendo que, en el plano de la psiquiatría, el médico

siempre estará en una posición de privilegio, de dominio en relación al enfermo. La búsqueda de las alteraciones en la funcionalidad es lo que le concedería el poder en la relación, perpetuando su rol como disciplina de control social. Es así como la psiquiatría se pone al servicio de las necesidades alienadas de la sociedad (Cooper, 1976).

Es aquí donde surge la pregunta: ¿Cómo es que la medicina decide que su foco de atención debe ser el déficit funcional? Durante el siglo XIX, en pleno proceso de industrialización en Europa, se consolida un sistema social y económico donde ideológicamente el mercado predomina por sobre todo. El capitalismo pone especial énfasis en la producción, la cual se hizo relevante durante el proceso de industrialización europeo. El capital se constituye como una relación de producción en una sociedad caracterizada como comercial y centrada en el trabajo. Es así como habría un cambio desde la relación entre el sujeto y la sociedad al sujeto y la producción.

Para Deleuze y Guattari (1985), en relación a la esquizofrenia derechamente, plantean que no deberíamos describir el objeto esquizofrénico sin vincularlo al proceso de producción. Para ellos, la industria se considera en su identidad fundamental con la naturaleza como producción del hombre y por el hombre. La producción como proceso desborda todas las categorías ideales y remite al deseo como principio inmanente del sujeto. La inclusión del deseo en este proceso de producción es lo que daría paso a la psiquiatría a definir a la esquizofrenia como parte de la naturaleza del sujeto y no, como definen los autores, como el universo de las máquinas deseantes productoras y reproductoras, la universal producción primaria como “realidad esencial del hombre y de la naturaleza” (pág. 14).

En este contexto socioeconómico, la psiquiatría continúa adquiriendo el rol de control social, manteniendo vigente hasta ese momento, el modelo asilar de tratamiento psiquiátrico y la exclusión social. El Show de Bethlem en Inglaterra, constituye un claro ejemplo del lugar que ocupaban los locos en la sociedad europea del siglo XIX. En este lugar se exhibía a los pacientes del Bethlem Royal Hospital del Londres al público general a modo de circo humano. Las personas pagaban un bajo monto y podían ver dentro de las celdas donde habitaban los llamados *locos*. Actualmente este hospital se encuentra a la

vanguardia de los tratamientos psiquiátricos en Europa, sin embargo, ha sido calificado por las agrupaciones de usuarios como ícono de la crueldad en la historia de la psiquiatría.

Estos antecedentes históricos dieron paso a un movimiento de crítica a la forma en que la psiquiatría se encontraba ejerciendo su labor. Por un lado la puesta en duda sobre la vigencia del modelo médico de la psiquiatría, concibiendo la locura como un producto socio – genético; y por otro lado, el modelo asilar como productor de trastornos mentales irreversibles.

Szasz (1994), Goffman (2006), Basaglia (1979), entre otros, fueron críticos de estas formas de exclusión que constituía el ser nombrado a partir de una enfermedad mental, representando prácticas comprometidas con los derechos humanos en Inglaterra, Estados Unidos e Italia.

Erving Goffman aportó desde la sociología la experiencia de habitar en una institución psiquiátrica, es así como en 1961 publicó *“Internados: Ensayos sobre la situación social de enfermos mentales”* y en 1963 *“Estigma: la identidad deteriorada”*, incluyendo este concepto como constitutivo de una “segunda enfermedad” para las personas con algún diagnóstico psiquiátrico.

Por su parte, Franco Basaglia en Italia abrió la discusión en torno a las formas de tratamiento médico, promoviendo por medio de la “psiquiatría democrática”, la desintitucionalización de tratamiento de alteraciones mentales, convirtiendo los centros de atención psiquiátrica en centros de actividad social y cultural. En 1978, el parlamento italiano promulgó la Ley 180, llamada Ley Basaglia, la cual contiene los principios de la “psiquiatría democrática”, donde se establecen derechos de las personas que viven con alguna alteración comportamental o mental y los deberes del Estado con ellos.

Finalmente, la consolidación de este movimiento sería con la obra de Cooper (1976) *“Psiquiatría y Antipsiquiatría”*, donde se plantearían los principios para fundamentar un cambio en la mirada y en las prácticas psiquiátricas y de la salud mental en general.

Para Cooper (1976), la esquizofrenia es definida como:

“Una situación de crisis microsocia en la cual los actos y la experiencia de cierta persona son invalidados por otros, en virtud de razones culturales y microculturales (por lo general familiares) inteligibles, hasta el punto de que aquella es elegida e identificada de algún modo como “enfermo mental”, su identidad de “paciente esquizofrénico” es luego confirmada (por un proceso de rotulación estipulado pero altamente arbitrario) por agentes médicos o cuasimédicos” (pág. 14).

Con esta definición, Cooper plantea que la condición de “estar loco” es producto de lo social, como una forma distinta de estar en el mundo y no producto de un desequilibrio electroquímico como lo plantea la psiquiatría clásica.

Sin embargo, el aporte más radical a este movimiento fue el de Thomas Szasz, psiquiatra de origen húngaro radicado en Nueva York, quien surge como uno de los principales críticos de la práctica psiquiátrica sin consentimiento, el encierro forzoso e incluso la veracidad de un diagnóstico psiquiátrico. Su obra más reconocida es “*El mito de la enfermedad mental*” (1994), la cual ha sentado las bases para una nueva etapa en el movimiento antipsiquiátrico.

Esta nueva etapa crítica de la práctica psiquiátrica dio paso al surgimiento de distintos movimientos de usuarios y ex usuarios en contra de la medicación y los tratamientos involuntarios. Durante los años 80 se configuró en Holanda un movimiento liderado por personas que escuchan voces, condición que ha sido considerada como característica de la esquizofrenia, quienes promueven que las personas acepten y aprendan a relacionarse con las voces que escuchan, luchando así contra el estigma hacia la enfermedad mental. Este movimiento es conocido mundialmente como *Intervoice*, el cual cuenta con una red internacional de entrenamiento para los “escuchadores de voces”. Actualmente se encuentran presentes en casi todo el mundo y son lo que se constituiría hoy como el renacimiento del movimiento antipsiquiátrico.

Este movimiento en su origen fue concebido desde la disciplina psiquiátrica, pero con una escasa crítica hacia la medicalización. Actualmente, los movimientos antes mencionados,

por un lado, promueven la utilización de métodos no farmacológicos para poder afrontar los síntomas de la psicosis, aludiendo que, al no ser socialmente aceptado, las personas escuchadoras de voces aprenden a negar la existencia de éstas, sobre todo al estar cursando un tratamiento psiquiátrico, y por otro lado, que los síntomas asociados a la psicosis o locura, no constituyen necesariamente la condición de enfermedad. Así, el movimiento antipsiquiátrico tuvo sus orígenes en las acciones de los propios tratantes, dando paso a la renovación del movimiento antipsiquiátrico, el cual actualmente está liderado por las personas que padecen una condición denominada locura, buscando espacios terapéuticos fuera de los hospitales o box de atención. En cierta medida es una vuelta hacia la búsqueda de la tolerabilidad del estilo de vida del loco que se revisó en el inicio de este apartado.

## 1.2 Gubernamentalidad y proceso de subjetivación

*“Este desplazamiento de la anormalidad implacable a la susceptibilidad administrable es por completo coherente con la redefinición más general de las prácticas de gobierno de las personas.”*

*Nikolas Rose*

Para poder analizar el lugar que ocupa la locura en una sociedad, es relevante entender los dispositivos que operan y se despliegan en torno a este fenómeno y cómo se articula su funcionamiento dentro de este espacio. Se revisará el proceso de gubernamentalización del Estado con la vigencia del modelo económico Liberal y Neoliberal, y cómo este proceso influyó en la producción de sujetos particulares.

En un principio, Foucault definió el biopoder como estrategias de saber y relaciones de poder, donde el lugar de lo biológico pasa a ser parte de una tecnología política heredera del poder soberano y la sociedad del pastorado (Foucault, 2006).

Foucault denomina este proceso como la emergencia de una racionalidad de Estado, una racionalidad de carácter política, cuyo objetivo tiene relación con la gestión de las

poblaciones, así como se gestionan los recursos de un país. El dispositivo desplegado en este contexto, fue llamado por el autor como dispositivo de seguridad (Castro-Gomez, 2010).

Los dispositivos de seguridad se inscriben en relaciones de poder y juegan allí como *operadores prácticos* orientados a la readecuación de ciertas relaciones de fuerza. Están orientados hacia las poblaciones y no hacia los individuos en su particularidad, sino al funcionamiento colectivo, principalmente en aspectos donde la evaluación de la peligrosidad y no en cuanto a la dicotomía normalidad/anormalidad (Castro-Gomez, 2010). Sin embargo, los dispositivos de seguridad tienen un grado de permisividad, al contrario de las bases de la sociedad disciplinaria, puesto que el despliegue de estos dispositivos suponen un contexto de libertad.

En este sentido, la forma de gobernar un espacio implica el despliegue de ciertas tecnologías para dirigir el comportamiento de la población, Foucault las llamó *tecnologías de gobierno*, las cuales irían más allá de la simple dominación de los otros, sino que pone énfasis en la dirección eficaz de la conducta de los otros, ya que utilizan la capacidad de acción de aquellas personas que deben ser gobernadas. Las tecnologías de gobierno surgen por medio de la interacción de las tecnologías de poder y las tecnologías del yo: las primeras orientadas a la objetivación del sujeto y su dominación, y las segundas orientadas a permitir a los individuos efectuar acciones u operaciones sobre su cuerpo y sí mismos.

Por medio de las tecnologías gubernamentales es que se pudiesen orientar acciones hacia el fomento de la conducción de la propia conducta o bien, para la dominación de los otros.

Es importante considerar que el lugar donde se alojan estas estrategias no es únicamente el Estado, sino que existen en distintas prácticas con una racionalidad en común. De esta manera, el análisis de las prácticas no se orienta a las prácticas del Estado, sino que a la gubernamentalización del Estado. Para Foucault (2006), la gubernamentalidad es:

“... 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 de seguridad” (pág. 136).

Así, con las tecnologías gubernamentales y los mecanismos de dominación operantes, se crean condiciones de aceptabilidad, donde los sujetos no eligen, sino que aceptan las condiciones de ser gobernados, así se crean unos estados de inequidad que son tenidos como racionales y normalizados. La manera en que los sujetos aceptan estos estados de dominación es porque se ejerce a través de los deseos, aspiraciones y creencias de las personas (Castro-Gomez, 2010).

En concordancia con el planteamiento anterior, particularmente en el Liberalismo y en el Neoliberalismo, el modo de existencia que surge es el que propicia que los individuos y los colectivos se subjetiven. Esto se evidencia cuando los gobernados hacen coincidir sus propios deseos con los objetivos gubernamentales fijados de antemano, produciendo una autorregulación de los sujetos (Castro-Gomez, 2010).

En el ámbito de la gubernamentalización del Estado, los dispositivos de seguridad suponen una libre movilización del deseo. Existiría un libre flujo de deseo, como también existe un flujo de personas, mercancías y enfermedades. Los dispositivos de seguridad estarían encargados de regular este libre flujo, por lo que ya no operaría el control como en un estado de dominación, un control disciplinario, sino que la gestión de estos elementos. La lógica detrás está orientada, no al disciplinamiento de los sujetos económicos, sino que a la gestión de variables que escapan de la ley del soberano y que aparecen como acontecimientos que deben dejarse actuar dentro de los límites aceptables, mencionados anteriormente (Castro-Gomez, 2010).

En el caso de las enfermedades mentales, de acuerdo a la óptica gubernamental, ya no sería el foco el control de la enfermedad, sino que su gestión dentro de la población. Dentro del modelo Neoliberal, la intervención no ocurre directamente sobre el cuerpo de los sujetos, sino en el medio ambiente donde ocurre la conducta.

En este sentido, la locura pasaría a ser un elemento a gestionar dentro de la población, donde se mantiene un control del juego razón/locura – sanidad/enfermedad. La locura gestionada gubernamentalmente, es una locura que adquiere un valor dentro de la economía de gestión de la población más que un valor respecto del continuo salud/enfermedad. Así, la gestión económica de la enfermedad responde más a la pregunta: ¿A cuántos vamos a mejorar? Más que ¿Cuál sujeto necesita mejorar? O simplemente ¿Qué significa mejorar?

En el plano de la salud, el trabajo con la enfermedad obedecería a una lógica económica más que a una lógica ética – clínica. Entonces, ¿Cuál sería el lugar de la locura en esta lógica económica?, en la experiencia Neoliberal ¿Cuál es el deseo del loco en torno a su tratamiento? De acuerdo a la autorregulación ¿Cómo saber cuál es el deseo real del loco?

De alguna manera, podríamos decir que la postura en torno a los conceptos de normalidad y anormalidad pasaría por una lógica de gestión económica, donde las técnicas disciplinarias despliegan procesos que buscan imponer un modelo de comportamiento sobre los individuos, de acuerdo a esto se determina la normalidad o anormalidad del sujeto y en el fondo si es capaz o no de insertarse laboralmente dentro de una sociedad. La producción de sujetos que ajustan sus deseos a los mandatos del modelo de sociedad imperante, junto con nociones de normalidad y anormalidad desde una lógica médico psiquiátrica se conjugan en torno a la exclusión de individuos que no se ajustan a estas normatividades. A lo distinto debe gestionársele un lugar, lejano pero no tanto; incluido pero lo suficiente para que no moleste. En el fondo, un lugar visible, de fácil acceso y regreso para el que goza de ser llamado normal, pero de salida difícil para aquel que llamamos enfermos. Estos sujetos, a merced de los mandatos sociales, subjetivados por un dispositivo de control, son aquellos que se les gestiona la vida y su muerte.

### 1.3 Desde una sociedad disciplinaria hacia una sociedad del rendimiento

*“La positividad del poder es mucho más eficiente que la negatividad del deber”.*

*Byung Chul Han, La Sociedad del Cansancio*

La historia de la humanidad ha estado marcada por la lucha por el poder y las implicancias que esto conlleva a la organización de una sociedad. El mundo literario posee diversos géneros que hablan sobre esto, sin embargo, la ficción distópica pareciera ser la más llamativa dentro de este género. Famosas novelas como *Un mundo feliz* de Aldous Huxley (1932), *1984* de George Orwell (1948) y *Fahrenheit 451* de Ray Bradbury (1953), constituyen obras que representan en primera instancia una sátira del presente, pero más profundamente, un escenario indeseable en sí mismo. Una sociedad donde existe desconfianza general, opresión, un estado policial preponderante y no exento de sufrimiento. Las tres novelas hablan de sociedades donde los métodos de conducción del individuo podían derivar de formas injustas e incluso crueles. Abarcan temáticas en relación a las tecnologías reproductivas, cultivos humanos, una sociedad saludable y desenfadada, aunque también bajo un control asfixiante y alienante, impidiendo el pensamiento crítico y promoviendo la desmoralización, escenificando una sociedad ciega ante la realidad por medio de la prohibición. Si bien, estas son referencias de literatura de ficción, no dejan de ser atinentes a nuestra organización social actual. Esta forma literaria trae al presente problemáticas acordes a la realidad de nuestros días, narrando situaciones homologables a nuestra cotidianidad. Estos ejemplos literarios tienen en común la forma en que el poder se ejerce sobre los individuos y el objetivo que este tiene y los mecanismos que utiliza.

Los mecanismos por los cuales se ejerce el poder y la manera en que se sitúa en organismos del Estado es el foco principal de este apartado, poniendo énfasis en la Sociedad Disciplinaria definida por Foucault, pasando por las distinciones que realiza Deleuze en cuanto al paso de la Sociedad Disciplinaria a la Sociedad del Control, hasta la Sociedad del Rendimiento de Han. De esta manera, entendiendo el proceso por el que ha transitado la figura del loco en los distintos órdenes sociales, podremos vincularlo con el lugar de la cura

y la enfermedad según el pensamiento de Nikolas Rose, tema que se retomará más adelante en este apartado.

Para poder entender la progresión y los avances del poder en la sociedad, es necesario revisar el Poder Pastoral. Este se configura durante la Edad Media en el Siglo XVI, cuyo origen es religioso y que, en intensa interacción con el poder feudal, instaló una forma individualizadora del ejercicio del poder. El objetivo de esto se centra en la acción de hacer emerger la subjetividad del sujeto y estructurar su relación consigo mismo y con su conciencia (Foucault, 1999). Así, la sociedad donde opera el poder pastoral fomenta una relación obligada de uno consigo mismo en términos de verdad y de discurso (Foucault, 1999), principalmente en la lógica de ser obediente. De esta manera, el ejercicio del poder pastoral promueve la emergencia de subjetividades particulares en torno al lugar de los individuos en relación al Estado. Así, se erige como un poder distinto al poder tradicional, puesto que se ejerce sobre una multiplicidad de individuos y no sobre un territorio (Foucault, 1999).

Dentro del poder pastoral, se despliegan dispositivos que tienen el objetivo de mantener bajo control a los individuos por medio de la obediencia y el deber, Foucault los llamó dispositivos de disciplina, los cuales se proliferaron durante el siglo XVII y XVIII (Foucault, 2002). Un dispositivo de disciplina podía ser la escuela, un hospital, el trabajo o la religión, no obstante, la disciplina no puede adscribirse sólo a una institución, sino que es un tipo de poder que utiliza mecanismos y técnicas específicas (Foucault, 2002). Un ejemplo de esto es que en el año 1780, Jeremy Bentham idea el Panóptico, una arquitectura carcelaria que permitía al vigilante poder observar a todos los individuos de la cárcel sin que ellos supieran si están siendo observados o no.

Si bien, el objetivo del Panóptico es la vigilancia en su forma más esencial, esta relación de soberanía no sería el fin último de este mecanismo, sino vendrían siendo las relaciones de disciplina las que se tornan como principio general (Foucault, 2002). Así, el panoptismo trae consigo el ícono de una institución disciplinaria por excelencia, sin embargo, nos demuestra cómo se pueden expandir las disciplinas y hacerlas funcionar de manera difusa, según Foucault, situándose de manera múltiple en el cuerpo social (Foucault, 2002).

Para Foucault, las disciplinas dan garantía de la sumisión de las fuerzas y de los cuerpos, constituyendo un contraderecho en sí mismas, de manera que cumplen el papel de introducir unas “disimetrías insuperables y de excluir reciprocidades” (p. 205). El panoptismo contempla la disciplina como un mecanismo que opera sobre los sujetos en torno a las relaciones de poder, así, este mecanismo es el que permitió el paso desde una disciplina de excepción al de una vigilancia generalizada. Así, surge como nuevo modelo de sociedad, la Sociedad Disciplinaria.

Con la proliferación del panoptismo como forma de vigilancia en las escuelas, los trabajos, los hospitales, etc., en definitiva, yendo más allá de los encierros, se desplaza la vigilancia hacia los espacios abiertos de una sociedad. Es así como todos los poderes de la sociedad disciplinaria funcionan en torno al principio fundamental del panóptico: la inspección (Hidalgo, 2004).

Según Deleuze (1991), en las sociedades disciplinarias, el sujeto no deja de pasar de un lugar de encierro a otro: la familia, la escuela, el trabajo, etc. Cada uno de estos lugares posee sus propias leyes y organización temporal y espacial. Por ejemplo, en la escuela te seleccionan, generalmente, por edad, sexo, rendimiento y conducta. Así, los mecanismos de vigilancia pueden funcionar de una manera más eficiente. Esta eficiencia se logra porque los procesos no terminan, circulan constantemente. En la sociedad disciplinaria existía un principio y un fin de cada proceso, en cambio en la sociedad de control los procesos son continuos, no dejan de cesar. Así el sujeto entra en un espiral de exigencia donde cada proceso se superpone con otro.

Con el término de la Segunda Guerra Mundial, las sociedades disciplinarias dan paso a nuevas fuerzas que se fueron instalando en la sociedad. Comenzó una crisis de todos los lugares de encierro. Las reformas antipsiquiátricas en el ámbito hospitalario de salud mental comenzaron en este periodo, donde el paso desde atención psiquiátrica cerrada a atención ambulatoria, o creación de hospitales de día o unidades de rehabilitación ambulatoria, fueron consecuencia de este movimiento. Sin embargo Deleuze (1991), propone que estas reformas fueron insuficientes en cuanto a su efectividad, puesto que el proceso que estaba ocurriendo era más bien la instalación de las Sociedades de Control.

Las sociedades de control suponen una crisis de los lugares de encierro, ya no se pasa de un lugar de encierro a otro continuamente, sino que el encierro ya no se termina, pasa a ser parte de un continuo. Los procesos educativos ya no se terminan en la escuela, sino que permanecen durante los espacios laborales de los sujetos, por ejemplo. Es así, como la formación permanente reemplaza a la escuela y la empresa a la fábrica, es decir, los encierros de la sociedad disciplinaria son *moldes*, pero los controles son *modulaciones*. Estas modulaciones permiten que distintas reglas puedan coexistir en los mismos espacios.

El control es a corto plazo y de rotación rápida, sin embargo es continuo e ilimitado, mientras que la disciplina se presentaba de forma discontinua pero de larga duración. Un ejemplo de esto puede ser la forma en que se concibe la recuperación en un tratamiento ambulatorio de personas con problemas de salud mental. La consecución de la recuperación de un sujeto no necesariamente va de la mano con conseguir el alta terapéutica, sino que pueda mantener un tratamiento continuo y estable y “*que no se descompense*”. Así, la modulación del encierro se presenta como la no posibilidad de terminar un tratamiento.

En el ámbito de la salud se habla de “población bajo control”, haciendo referencia al porcentaje de los sujetos que están siendo atendidos por una determinada causa. En términos de la gubernamentalidad y bajo la óptica de la sociedad del control, la salud y enfermedad corresponden a una cifra que debe ser gestionada dentro de la población y así mantener el control y vigilancia de estos. Un ejemplo de esto puede ser que la razón por la cual los criterios diagnósticos del DSM – IV para esquizofrenia no fueron cuestionados, a pesar de las fuertes críticas a los criterios diagnósticos utilizados. La razón fue que la estabilidad diagnóstica es considerada alta: el 80 a 90% de las personas diagnosticadas con esquizofrenia mantienen su diagnóstico al cabo de 1 a 10 años (Silva & Jeréz, 2014). Pareciera que importa más la cantidad de sujetos diagnosticados “bien” – no existe ninguna norma que indique que el diagnóstico debe volver a estudiarse luego de un tiempo – que ese 20 o 10% al que se le ha diagnosticado y no corresponde.

Por otro lado, según Han (2012), en la actualidad han ocurrido cambios topológicos y psíquicos en respuesta a los niveles de productividad que deben alcanzar los sujetos. Se cambiaron los hospitales psiquiátricos, las fábricas y las cárceles por gimnasios, clínicas

estéticas, reality shows, centros comerciales y grandes edificios. Los sujetos, ahora llamados sujetos de rendimiento, son emprendedores de sí mismos. Así, se sustituye el paradigma disciplinario por el de rendimiento, por el esquema positivo del *poder hacer*.

El autor manifiesta que los análisis de los mecanismos de poder y control no alcanzan para poder explicar los cambios topológicos y psíquicos, el tránsito desde la disciplina al rendimiento. En cambio, propone que la sociedad disciplinaria está “definida por la negatividad de la prohibición y la sociedad del rendimiento por el positivísimo sin límites” (p. 17). Así, los nuevos sujetos de rendimiento son los *animal laborans* que se explotan a sí mismos, voluntariamente. “Son verdugo y víctima al mismo tiempo” (p.19).

Han explica que el sujeto de rendimiento está libre de un dominio externo, es dueño y soberano de sí mismo. De esta manera, el sujeto de rendimiento se entrega a la libertad obligada o a la libre obligación de maximizar el rendimiento. Este sujeto tiene el deber consigo mismo de producir y rendir tal cual como es esperable, siempre en el marco de la ilusión de la libertad. Este autor propone que las enfermedades psíquicas propias de esta organización social, constituyen manifestaciones patológicas de esta libertad paradójica (Han, 2012).

El consumo de fármacos para mejorar el rendimiento en distintas áreas de la naturaleza del ser humano: la supresión de la pena, el fomento de la alegría – como diría Han, el exceso de positivismo – mejoramiento de la potencia sexual o la disminución de esta, la mantención del tiempo de concentración, etc. Todos mecanismos adoptados en pro de lograr rendir tal cual el sujeto se exige a sí mismo, porque es *libre*. La sociedad del rendimiento llevada al extremo comienza a constituirse en una sociedad del dopaje.

En relación a esto, Nikolas Rose (2012) explica que la política vital de los siglos XVIII y XIX fue una política de la salud centrada en tasas de natalidad y mortalidad, tratamiento de aguas, epidemias y enfermedades, etc. La política vital de nuestro siglo ya no se encuentra entre los polos de salud y enfermedad, sino que se centra principalmente de nuestra capacidad de controlar, administrar, modificar, redefinir y modular las propias capacidades vitales de los seres humanos. Para el autor, la vida humana se entiende ahora a nivel

molecular y en la medida que los seres humanos comiencen a visualizarse como seres biológicos, se abre el camino para que la existencia vital se vuelva foco de gobierno, objeto de nuevas formas de autoridad y de conocimiento especializado.

Este cambio en el foco de la biopolítica contemporánea se debe a la combinación de varios factores. Primeramente, la molecularización como forma que permite identificar unidades moleculares en el ser humano y que es posible aislar, movilizar y recombinar. En segundo lugar la optimización como mecanismo que procura un “mejor futuro” a quienes se someten a las tecnologías de optimización. En tercer lugar la subjetivación como proceso que ha permitido repensar al ser humano como ciudadano biológico, quien recodifica las obligaciones, derechos, expectativas de los sujetos en torno a su enfermedad y su vida. En cuarto lugar el reconocimiento somático especializado, el cual permitiría el gerenciamiento de aspectos particulares de nuestra existencia somática. Y en último lugar, las economías de la vitalidad explicadas como nuevos espacios de relación entre verdad y capitalización; un espacio donde “se capitaliza la esperanza de la cura y de las condiciones de vida óptimas” (p. 31). El *ciudadano biológico* contemporáneo depende de que la ciencia produzca tratamientos más eficaces y no sólo espera que esto suceda, sino que postula cierto futuro posible, deseable y además próximo.

El lugar de la medicina se extendió más allá del tratamiento de episodios agudos, se movilizó hacia la administración de la enfermedad crónica e incluyó la administración de la reproducción, la evaluación y el gobierno del riesgo y el mantenimiento de la vitalidad se volvió fundamental para la autogestión de muchas personas, para los sujetos de rendimiento. En el nivel molecular de la vida en sí es terreno de la política (Rose, 2012), así la individualidad somática para ser terreno de la elección y no ya como parte del destino o como un legado inalterable.

Para Rose, la nueva política de la vida confunde las normas sociales con normas vitales. En la línea molecular de la psiquiatría, la intención va en la dirección de cambiar o manipular la personalidad y las emociones, “incorporando lo social a lo vital” (p. 166). El duelo por el fallecimiento de alguien ya no es algo que debe sentirse, sino suprimirse y continuar funcionando, así como también escuchar voces que el resto no escucha, sentir de manera

diferente las actitudes del resto o incluso no afectarse con otras. La puesta en duda de la capacidad de ejercer un buen rol parental de una persona diagnosticada con esquizofrenia puede ser otro ejemplo de cómo lo social se incorpora a lo vital. Como si tener este diagnóstico además suprimiera la capacidad del sujeto de preocuparse por otro, de poder protegerlo y amarlo o poder discernir entre lo bueno y lo malo. La creencia que los locos no pueden ser padres y criar a sus hijos ha dado pie a la normalización de la esterilización quirúrgica a mujeres con diagnósticos psiquiátricos graves, realizando este procedimiento incluso sin el consentimiento de la persona.

En relación al diagnóstico en salud mental, el DSM - IV indica que los individuos comprendidos en una categoría diagnóstica no comprenden un grupo homogéneo. Sin embargo, el argumento de la categorización va de la mano con el fomento de la especificidad diagnóstica y sintomática. Sin embargo este síntoma, principalmente biológico desde la mirada molecular, debe ser “atacado” sin considerar un posible origen, puesto que el tratamiento del síntoma comprende una mirada farmacológica del tratamiento. En palabras de Rose, “la farmacoterapia ya no se encarga de curar una afección, sino modificar los modos en que se experimentan, viven e interpretan vicisitudes de la vida del receptor” (p. 433).

Finalmente, las formas que está adoptando la manera de estar en el mundo, moduladas por el desdibujamiento de los límites entre tratamiento – en cuanto a prolongación en el tiempo, efectividad, predictibilidad, etc. – y la recuperación, manipulación, mejoramiento están íntimamente entrelazados con las obligaciones de esta nueva forma de vida.

## 2. Esquizofrenia y política pública

*“Cuando decimos que la esquizofrenia es nuestra enfermedad,  
la enfermedad de nuestra época,  
no queremos decir solamente que la vida moderna nos vuelve locos.  
No se trata de modo de vida, sino de proceso de producción.”*  
*Deleuze & Guattari – El Antiedipo*

Desde que la locura se entiende como un estado patológico y que en base a eso debe ser tratada por un médico o equipo tratante, se han creado distintas políticas públicas que regulan este quehacer. No obstante, dichas políticas en muchas ocasiones se distancian bastante de los derechos humanos, sobre todo a principios del siglo XX. Con las reformas de la salud mental en Europa en la segunda mitad del siglo XX, en nuestro país se comenzó a gestar una nueva forma de tratamiento y abordaje de las problemáticas de la salud mental en general. Se revisarán datos históricos sobre la salud mental en Chile hasta nuestros días, con la elaboración del Plan Nacional de Salud Mental periodo 2016 – 2025, el cual, al momento de la escritura de este documento, aún se encontraba en un proceso de revisión antes de su publicación. También se revisarán las implicancias de un tratamiento pensado desde un diagnóstico psiquiátrico, las guías clínicas asociadas, como también la legislación en torno a esto. Finalmente, se reflexionará en torno al lugar de la exclusión en el tratamiento de personas con esquizofrenia.

### 2.1 Salud mental en Chile

La salud mental en Chile es una práctica relativamente nueva en comparación con otras disciplinas existentes en nuestro país. Antes del año 1900, las personas que sufrían algún trastorno mental de difícil manejo eran encarceladas o, en el caso de las mujeres, encerradas en un convento. Algunos se destinaban al Hospital San Juan de Dios, donde eran encerrados en un calabozo subterráneo y sometidos a medidas disciplinarias como golpes con palos, duchas frías o contención física permanente. Fue en el año 1852 cuando se funda

la Casa de Orates de Nuestra Señora de los Ángeles con el fin de asilar a la personas con enfermedades mentales. Inicialmente fue inaugurada en el Barrio Yungay en la comuna de Santiago, pero luego se trasladó a la comuna de Recoleta donde continúa funcionando hasta nuestros días, sólo que con un nombre distinto.

En un comienzo, la administración de este lugar estuvo a cargo de vecinos o filántropos. Posteriormente, el médico inglés William Benham, quien se desempeñaba laboralmente allí, emitió un informe dando cuenta de las condiciones de precariedad en la que se encontraban las personas en este lugar, sin embargo, sería con la administración del médico Carlos Sazié, quien se habría formado en Europa en la disciplina médica, donde se inicia el paso desde una institución netamente asilar a una institución hospitalaria de carácter psiquiátrico.

La inauguración de esta institución psiquiátrica dio paso a la promulgación de una ley en 1856 que regulaba el ingreso de las personas a este recinto, instalando en el Estado la responsabilidad sobre las personas que padecen una enfermedad mental.

Cien años después se crea el Servicio Nacional de Salud, no obstante, no contempló dentro de sus marcos la salud mental, pese a que ya la antigua Casa de Orates pasó a llamarse Hospital Psiquiátrico en 1955. Esta era una institución orientada al tratamiento de personas con diagnóstico psiquiátrico por medio de Terapia Electroconvulsiva y el uso de psicofármacos de primera generación, constituyéndose como el ícono nacional del modelo psiquiátrico asilar.

Sin embargo, en otra comuna de Santiago es donde se comenzaría a levantar una estrategia con carácter de reforma psiquiátrica liderada por el Dr. Juan Marconi Tassara, quien desde la academia en la Universidad de Chile, impulsó una intervención con participación de la comunidad como eje central. En el año 1968, marcado por un clima político de reformas, levantó primeramente una estrategia de tratamiento para personas con alcoholismo, para luego dar paso a una estrategia para la neurosis o “trastornos emocionales” y posteriormente otra estrategia orientada a la estimulación sensorial en niños menores de 2 años (Escobar Miguel, 2013).

Estas estrategias tuvieron lugar en el Consultorio Santa Anselma en la comuna de La Cisterna, cuyo hospital de referencia es el Hospital Barros Luco, correspondiente a toda el área sur de la capital. Allí implementaron un programa de salud mental denominado “intracomunitario”, el cual tenía como característica principal el apoyo de la comunidad misma en el proceso de recuperación. Contaba con líderes comunitarios tales como profesores, sacerdotes, dirigentes vecinales, etc., los cuales evaluaban si era necesaria la intervención de un equipo de salud mental en el proceso de recuperación. Se utilizaban estrategias orientadas a la educación popular, inspiradas en la tradición oral mapuche, de esta manera la forma de transmitir conocimiento desde los agentes de salud mental podía ser más efectiva (Mendive, 2004). Así se propone que el rol de estado va más allá de resolver una problemática específica de salud, sino como un facilitador de políticas que busquen el desarrollo humano general y cambio social (Universidad de Chile, 2012).

Durante cinco años, los programas impulsados por esta nueva mirada en salud mental lograron sustanciales cambios en la comunidad, sobretodo en términos de recuperación de las personas que estaban afectadas por un problema de salud mental. Al quinto año de funcionamiento, existía un 72% de mejoría en el programa de alcoholismo, en contraste con el 35% de mejoría en programas anteriores (Mendive, 2004).

Con la irrupción del Golpe Militar de 1973, el programa de salud mental de área sur, en palabras de Marconi, fue desmantelado. Junto con la prohibición de la participación social, el programa fue desintegrándose poco a poco, hasta su desaparición. A partir de este momento, la salud mental quedó en manos de Organizaciones No Gubernamentales (ONG), quienes se dedicaron a amortiguar, en la medida de lo posible, las consecuencias emocionales en la población en periodo de dictadura. Además, aumentaron los tratamientos intrahospitalarios, fomentándose la lógica asilar de principios de siglo, junto con la imposición del Modelo Neoliberal en la sociedad chilena.

En relación al nuevo modelo socioeconómico, se dieron lugar una serie de reformas en el ámbito sanitario: la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA), un sistema de co-pago en cuanto a las prestaciones de salud. También, la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), entendidas como instituciones privadas encargadas de

financiar las atenciones en salud y, por último, la municipalización de la atención primaria en salud. Dichas reformas cambiaron el rol del Estado en cuanto a su responsabilidad con la población en relación a la salud y el bienestar.

Con el incipiente retorno a la democracia, en el año 1990, comienza un nuevo periodo denominado tercera reforma de salud (Sepúlveda, 1998 en Minoletti & Zaccaria , 2005) . En Noviembre de este año, la Organización Panamericana de la Salud y por medio de la Declaración de Caracas, sentó las bases para impulsar una reforma sanitaria donde se enjuiciaba al hospital psiquiátrico como ente obstaculizador del ejercicio de los Derechos Humanos y la recuperación de las personas con problemas de salud mental. Esta declaración propuso avanzar hacia estrategias más comunitarias. Se levantan como problemáticas prioritarias el abordaje de las consecuencias de la violencia política, la violencia doméstica, las adicciones y el trabajo de rehabilitación y reinserción social de personas con trastornos mentales severos. Así, en el año 1993 surge el primer Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.

Durante el periodo de vigencia de este plan nacional, se dio inicio a un proceso emblemático en el Hospital Psiquiátrico El Peral, el cual consistió – y se mantiene hasta nuestros días – en una reconversión de este centro hospitalario en un espacio que participa de la red de salud mental y psiquiatría, aportando a la migración de personas institucionalizadas hacia hogares protegidos financiados por los servicios de salud del área metropolitana.

Sin embargo, las distintas estrategias comenzaron a verse mermadas debido a dificultades en torno al financiamiento, por lo que el año 1998, se comienza a pensar en el nuevo plan nacional de salud mental para el periodo 2000 – 2010. Dicho plan delimitaría mucho más las estrategias de acción y estaría pensado en concordancia con los lineamientos técnicos de la OMS para ese periodo. Destaca la creación de servicios comunitarios de salud mental. Esto significó un aumento del presupuesto (del 1% al 2%) del gasto total en salud. Incluso, en el año 1998 se destinó un 3,1%, siendo una cifra histórica para nuestro país. Cabe destacar que, en otros países de América Latina, el presupuesto para salud mental excede el

6%. Un ejemplo de esto es Uruguay y Costa Rica, países que destinan un 8% de presupuesto para salud mental (Valdés & Errázuriz, 2012).

Durante el año 2005, se efectúa la Reforma de Salud en Chile, conocida popularmente como el Plan Auge, el cual contempla las Garantías Explícitas en Salud (GES). Dichas garantías consisten en un conjunto de beneficios garantizados por ley para las personas afiliadas a FONASA o sistema de Isapres. Se garantiza el acceso, la oportunidad, protección financiera y la calidad de la atención. Es importante mencionar, a partir de esta reforma, se desarrolla un soporte institucional hacia las problemáticas de salud mental, siendo el tratamiento del primer brote de esquizofrenia uno de los primeros en ser implementados.

En este contexto, se desarrolla una Guía Clínica para el Tratamiento de Personas desde el primer Episodio de Esquizofrenia (MINSAL, 2009b). El objetivo de esta guía es establecer estándares generales para el tratamiento médico - farmacológico y psicosocial para personas que presenten síntomas compatibles con los criterios internacionales para el diagnóstico de esquizofrenia. Dichos criterios son establecidos por CIE (Clasificación internacional de Enfermedades) y DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), pero específicamente en esta guía, se ocuparon los criterios de CIE en su décima versión.

Según esta guía, los principales síntomas de las personas con esquizofrenia, específicamente en el primer episodio son: carencia de introspección, deterioro del rendimiento laboral/académico, alucinaciones auditivas, delirio de referencia o persecución, suspicacia, humor delirante, aplanamiento afectivo, discurso desorganizado y agitación. Sin embargo, afirma que el diagnóstico es principalmente clínico y se realiza en base a la historia del desarrollo de los síntomas y signos, siendo la evaluación longitudinal lo primordial al momento de diagnosticar en vez de la evaluación del episodio agudo propiamente tal. En relación al diagnóstico de esquizofrenia, la tasa de coincidencia entre dos psiquiatras sólo alcanza al 65% (Pérez & Graber, 2009).

La guía clínica considera el estigma como una variable relevante dentro de la aceptación del diagnóstico por parte del sujeto, sin embargo, plantea que el trabajo comunitario debe orientarse hacia la reinserción social y laboral (siempre por parte de los profesionales no médicos), sin tomar en cuenta las dificultades asociadas a llevar “una vida normal” bajo un tratamiento psiquiátrico.

Si bien las orientaciones clínicas ponen especial hincapié en el tratamiento farmacológico de la persona, realiza también algunas recomendaciones desde el ámbito psicoterapéutico, considerando como única terapia con evidencia la Psicoterapia Cognitivo Conductual (MINSAL, 2009b), considerando también el número idóneo de sesiones de psicoterapia. Así, los objetivos generales que persigue esta guía clínica son los siguientes: mejoría de los síntomas positivos, cognitivos, afectivos y negativos; prevención de la hospitalización; capacidad de vivir independiente; capacidad de establecer y perseguir objetivos ocupacionales; ausencia de efectos relacionados con los medicamentos; adecuada calidad de vida general e interacción social. A pesar de considerar que la recuperación de una persona va más allá del alivio sintomático y funcional, no incluye objetivos que se dirijan hacia la autonomía del sujeto en cuanto a decisiones sobre su vida o su futuro, aborda tangencialmente la participación social y el ejercicio de la ciudadanía, sino que principalmente adhiera al tratamiento farmacológico de por vida.

Además, incluye recomendaciones del trabajo grupal que se debería hacer en etapas tempranas del tratamiento, estas son especificadas de tal manera que aborda temáticas desde el conocimiento de la enfermedad, lo que se espera de ellos/ellas, repercusión de la enfermedad en el proyecto vital, prevención del abuso de sustancias y derechos de la persona enferma. Estas recomendaciones dejan fuera un trabajo reflexivo asociado al impacto del diagnóstico en los sujetos, considerando las sesiones grupales como un mero espacio de entrega de información desde el equipo de salud hacia los sujetos sin espacio a la reflexión grupal en torno a sus dificultades, miedos, oportunidades, etc.

Otro aspecto a considerar, en el año 2008, nuestro país ratificó la convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006), la cual busca “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos

humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad, conforme a su dignidad” (pág. 4), esto dio paso a la promulgación de la Ley 20.422 sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de las Personas con Discapacidad, en el año 2010. Sin embargo, dicha ley no reconoce la capacidad jurídica de las personas con discapacidad mental (MINSAL, 2014).

Posteriormente, en el año 2012 se promulga la Ley 20.584 que Regula los Derechos y Deberes que tienen las Personas en Relación a las Acciones vinculadas a su Atención de Salud. Esta ley regula los procedimientos de hospitalización y a las prácticas de investigación en personas con discapacidad psíquica o intelectual y contempla la creación de Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las personas con enfermedades Mentales. Esta comisión tiene como objetivo principal velar por los derechos de las personas con discapacidad psíquica o intelectual. Al igual que la ley anterior, no siguen estrictamente los lineamientos de la OMS al respecto de condiciones básicas para el ejercicio de la ciudadanía de las personas con discapacidad. Un ejemplo de esto es que el derecho a poder ver la información contenida en su ficha clínica puede ser negado bajo el criterio del médico tratante. Además, no reconoce en plenitud el derecho de las personas con discapacidad mental a dar consentimiento para procedimientos irreversibles (como la esterilización quirúrgica y psicocirugía), porque permite que en ciertas circunstancias otras personas tomen esa decisión. Según la OMS, si la persona no puede dar su consentimiento, el procedimiento no debe realizarse (MINSAL, 2014).

En relación a la legislación y trabajo, existe una ley promulgada en 1987, la Ley 18.600, que establece Normas Sobre Deficientes Mentales, señala que en el contrato de trabajo de una persona con discapacidad, podrá estipularse libremente la remuneración convenida por ambas partes, no aplicándose las normas sobre el ingreso mínimo. Existen tensiones al respecto de esto, en el año 2013, el Departamento de Evaluación de la Ley de la Cámara de Diputados de Chile, realizó un lapidario informe al respecto de lo establecido con esta Ley y la los lineamientos de la OMS en esta materia (Cámara de Diputados de Chile, Marzo 2013).

Por otro lado, a fines del año 2012 se crea el Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental, la cual tiene como objetivo recoger y mantener actualizada la información, desarrollar y difundir conocimiento, contribuir a perfeccionar la legislación chilena y, en general, promover el ejercicio de los derechos humanos de las personas con discapacidad mental.

Como se revisó anteriormente, a pesar de existir legislación en temas alusivos a la salud mental, esta es deficitaria en cuanto a derechos humanos o a los lineamientos de la OMS. A pesar de los avances en torno al cumplimiento de los planes nacionales anteriores, existen factores importantes que la OMS denomina como Determinantes Sociales en Salud (OMS, 2011). Es por esto que actualmente se encuentra en confección una nueva estrategia de salud mental contemplada en un nuevo Plan Nacional de Salud Mental 2016 – 2025, el cual contempla nuevos desafíos en torno a la realidad nacional de las problemáticas en salud mental, tomando en cuenta los Determinantes Sociales en Salud. En esta misma, Margaret Whitehead (1990), se refirió a esta variable aludiendo que la distribución de la riqueza, la educación, el grupo social, las condiciones sociales en que se vive, tiene impactos en la forma en que se accede a la salud. La OMS (1998), definió la salud más allá de un estado en el sujeto, sino que un proceso continuo de restablecimiento del equilibrio. Para esto, es necesario un conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones.

Podemos ver que en este contexto, el sujeto ya no es el responsable exclusivo de la consecución de la salud y se releva la importancia de los factores sociales y económicos que enmarcan la realidad de las personas y los estilos de vida saludables están mediados con las condiciones que el contexto otorga.

## 2.2 Diagnóstico como dispositivo

La palabra diagnosis viene del griego *διαγνωσις*, que alude a la capacidad de discernir, distinguir o reconocer. El prefijo *dia* es equivalente a decir *a través de* y *gnosis* hace

referencia al conocimiento propiamente tal<sup>2</sup>. En base a esto, etimológicamente la palabra diagnóstico alude a la forma por la cual conocemos a otro, o más bien es el medio por el cual conocemos a otro.

El diagnóstico es la herramienta que las disciplinas ligadas a la salud usan para determinar la naturaleza de una enfermedad por medio de la observación de sus síntomas. En el área de la salud mental y particularmente en la psiquiatría, existen normas y pautas internacionales ligadas al diagnóstico de las patologías mentales reconocidas mundialmente por estos mismos organismos. El primero en constituirse fue la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE), funcionando desde mediados del 1700 y desde 1948 bajo el alero de la Organización Mundial de la Salud y siendo la sexta edición la que incluyó trastornos mentales en su clasificación.<sup>3</sup>

Puntualmente, en el diagnóstico de la esquizofrenia según la CIE – 10 especifica lo siguiente:

El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma. El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y pueden presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir, de forma a menudo bizarra,

---

<sup>2</sup> Extraído del sitio web: <http://etimologias.dechile.net/?diagnosis>

<sup>3</sup> La décima edición del CIE, desarrollada en 1992, es la usada en Chile actualmente. Sin embargo, existe otro organismo dedicado específicamente a la clasificación de enfermedades mentales: el *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*, conocido como DSM por su sigla en inglés (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). La primera edición se remonta a 1952, siendo la quinta versión la vigente publicada en el año 2013.

en los actos y pensamientos del individuo afectado. Este se siente el centro de todo lo que sucede.<sup>4</sup>

Por otro lado, las ediciones del DSM han enfatizado en la idea de la esquizofrenia como un concepto sustentado en tres pilares fundamentales: en primer lugar, la visión de Kraepelin, quien pone el acento en la pérdida de voluntad, la cronicidad y el mal pronóstico. En segundo lugar, la visión de Bleuler en torno a la importancia de las escisiones y los síntomas negativos. Y en último lugar, perspectiva de Schneider sobre la distorsión de la realidad y los síntomas positivos. En énfasis en cada una de estas perspectivas ha ido variando según la versión de cada manual (Silva & Jeréz, 2014). Un ejemplo de esto es que debido a la poca estabilidad diagnóstica, baja confiabilidad, pobre validez y escasa utilidad clínica se eliminaron los subtipos de esquizofrenia conceptualizados en la cuarta versión del DSM.

En cuanto a las políticas de salud mental en Chile, el diagnóstico tiene un rol fundamental en el camino que recorren los sujetos con problemas de salud mental. Dependiendo del diagnóstico es que los sujetos son referidos a distintos centros de atención a recibir tratamiento. Cabe destacar que esta forma de funcionamiento es heredada de otras disciplinas médicas, donde el diagnóstico cumple la misma función pero en territorios en que funciona distinto. A modo de ejemplo, una persona que tiene un accidente y se quiebra una pierna será referido a un servicio de urgencias donde se realizará un diagnóstico preliminar basado en la observación y en la sintomatología referida por el paciente. Este diagnóstico podría ir apoyado por algún examen complementario, en este caso podría ser una radiografía de extremidades inferiores. Junto con este diagnóstico van asociadas distintas prestaciones que conducen a la sanación del paciente junto con su recuperación, atenciones médicas, farmacoterapia, etc. Este tratamiento podría incluir también sesiones de rehabilitación física y así lograr una mejoría acorde al funcionamiento anterior del paciente.

---

<sup>4</sup> Recuperado del sitio web: [http://www.psicomed.net/cie\\_10/cie10\\_F20-F29.html](http://www.psicomed.net/cie_10/cie10_F20-F29.html)

Parece lógico entonces que el diagnóstico sirva como carta de navegación en términos de la búsqueda de la salud. Sin embargo, en el área de salud mental las variables asociadas a un proceso diagnóstico, son al menos – sin desmerecer el trabajo de los traumatólogos – más complejas que un diagnóstico de traumatología como el mencionado en el ejemplo. Sucede que en salud mental, la subjetividad del individuo que solicita atención está puesta en juego en todo momento. Puede haber exámenes complementarios, pero lo primordial es el examen clínico del sujeto. Una entrevista o examen mental son las herramientas que apoyan el proceso diagnóstico. Sin embargo, la estandarización de la subjetividad puede ser un recurso que limita más que proporciona nuevos espacios. Incluso, pareciera que el diagnóstico hablara más sobre el sujeto que el sujeto sobre sí mismo.

En el caso particular de la esquizofrenia, queda la sensación que el problema del sujeto es la esquizofrenia en sí y no otras problemáticas que pueden derivar de esta condición específica o incluso de otra índole. Cuando la atención está sujeta y centrada en un diagnóstico en específico, se comienza a omitir un sinnúmero de terrenos posibles de trabajo terapéutico. Este sujeto que emerge a partir del diagnóstico o la forma en cómo se subjetiva al individuo es lo que constituye un problema en este contexto. ¿De qué manera un dispositivo constituye una nueva forma de subjetivación en este territorio? ¿Cuáles otras formas de subjetivación existen en nuestra sociedad contemporánea?

El proceso de subjetivación de los individuos a través del diagnóstico da cuenta de prácticas, discursos, saberes y ejercicios en torno a la salud mental, desplegando un dispositivo capaz de crear cuerpos dóciles pero libres, que asumen su identidad y su libertad de sujetos en el proceso mismo de subjetivación (Agamben, 2011). La gubernamentalización de las prácticas del Estado conlleva al despliegue de dispositivos orientado hacia la creación de sujetos capaces de adoptar y tolerar estas nuevas formas de gobierno, las cuales han evolucionado en su sofisticación. Según Agamben, pareciera que “ya no hay lugar en la sociedad que no esté mediado por un dispositivo” (pág. 258).

Por dispositivo entendemos una red que se despliega entre elementos que componen una sociedad. Instituciones, premisas, discursos dominantes, leyes, etc. elementos que se encuentran presentes en todas las sociedades. Un dispositivo tiene una función estratégica

concreta (Foucault, 1977 en Agamben, 2011), la cual siempre está inscrita en una relación de poder; así el dispositivo resulta del entrecruzamiento de las relaciones de poder con el saber. Según Deleuze (1990), en la medida en que los dispositivos se escapan de las líneas de poder y de saber, “las líneas de subjetivación comienzan a trazar caminos de creación que son capaces de romper con el antiguo dispositivo” (pág. 159).

Sin embargo, el término dispositivo nombra aquello en lo que y por lo que se realiza una pura actividad de gobierno (Agamben, 2011), en este sentido, el diagnóstico como dispositivo de la salud mental opera como el motor por el cual se realiza una atención; llegar a un diagnóstico certero pareciera ser el objetivo de la atención en salud mental, siguiendo la lógica que el diagnóstico determina el tratamiento e incluso el malestar del sujeto. Las dos primeras dimensiones que define Foucault en relación a un dispositivo son curvas de visibilidad y curvas de enunciación: las primeras son las que distribuyen lo visible y lo invisible y las segundas las que determinan las posiciones diferenciales de los elementos de un dispositivo (Deleuze, 1990). Para el autor, los dispositivos son “máquinas para hacer ver y para hacer hablar” (pág. 155).

El mecanismo por el cual emerge un sujeto es por medio de la interacción de los seres vivos con los dispositivos (Agamben, 2011). Estas interacciones pueden dar lugar a infinitas combinaciones o direcciones, creando tantas subjetividades como sujetos.

El diagnóstico como dispositivo entonces, da cuenta del lugar donde el sujeto queda luego de ser diagnosticado, un sujeto que ve y habla de acuerdo al diagnóstico recibido. “*No puedo trabajar porque soy esquizofrénico*”, “*No podemos formar una familia porque somos esquizofrénicos*”, son enunciaciones comunes de los sujetos diagnosticados que se atienden en organismos de salud pública. En palabras de Agamben (2011), “el dispositivo es una máquina que produce subjetivaciones y por ello es también una máquina de gobierno” (pág. 261). Así, un dispositivo es “todo aquello que es capaz de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar y asegurar los gestos, las conductas, las opiniones y los discursos de los seres vivos” (pág. 257).

### 2.3 Espacios y esquizofrenia

La reflexión sobre el lugar de la locura en nuestra sociedad contemporánea ha sido nutrida por una revisión histórica sobre la salud mental en Chile, además de cómo el diagnóstico opera como dispositivo en el contexto de salud pública. Sin embargo, una reflexión basada en sólo dos dimensiones, sin dejar de ser relevantes, pareciera no ser suficiente. Una tercera distinción a agregar a esta reflexión es la del espacio, espacio en el sentido del emplazamiento y las relaciones mediadas por este. En palabras de Campillo (2000), en “la reflexión sobre el espacio es importante construir un puente entre la historia de las subjetividades y la historia de los espacios, a través de los juegos de saber y poder que las ponen en mutua e inseparable relación” (pág. 6). Cabe hacerse la pregunta de ¿Cómo se van definiendo los lugares o territorios que ocupan los sujetos en una sociedad? Y en este caso, ¿Cuál sería rol que cumple la comunidad en este aspecto?.

Pareciera que no existen dinámicas sociales desterritorializadas, de hecho, para Doreen Massey (2012), el espacio es un producto social. La autora distingue un espacio material, como también un espacio implícito donde se encuentran desplegados nuestros discursos e imaginaciones, de esta manera, los efectos del espacio tienen que ver con la influencia de este en el desarrollo de una sociedad y la imagen que esta tiene de sí misma. Así, “el espacio es producto de relaciones sociales, y como tal, se encuentra impregnado de poder social” (pág. 9).

Asimismo, el espacio se constituye como un producto y condicionante social: no es lo mismo vivir en la capital de un país que en un sector rural del altiplano, o vivir en una ciudad costera que en un valle. Cada lugar y cada persona se construye dentro de este espacio y su existencia es gracias a las redes de relaciones sociales que tienen sus propias geografías. Es importante reflexionar que estas distinciones sobre el espacio apuntan hacia la consideración de la posibilidad de existencia de una multiplicidad, particularmente referido a la coexistencia de trayectorias sociales diferentes.

En relación a los habitantes de este espacio, para Savransky (2012), el sujeto es el efecto de enredos y repliegues entre la historia y el poder. En este contexto, el sujeto estaría formado

por las formas en que ese poder actúa sobre los cuerpos, así, el sujeto surge a través de un proceso reiterativo de evocación y promulgación de normas culturales, sociales y espaciales que hacen posible su vida en términos tanto corporales como culturales. Por lo tanto, “los sujetos pasan a ser a través del desempeño reiterativo de las normas” (pág. 193)

En el proceso de subjetivación, es importante considerar que el juego reiterativo que surge entre normas culturales y poder comienza a otorgar espacio a ciertas formas de vida y a excluir a otras. Este pensamiento supone que ser sujeto es una permanente manera de estar siendo en el espacio social. Pensar la subjetivación de esta manera es “tener las consideraciones éticas y políticas en torno a las formas en que ciertas vidas son posibles y otras son dejadas sin lugar” (pág. 195).

Para Foucault (1984), el espacio se nos da bajo la forma de relaciones de emplazamientos. Particularmente, los emplazamientos que se encuentran en relación con otros, pero que se encuentran suspendidos, aquellos emplazamientos que contradicen a los otros emplazamientos. Para el autor existen dos grandes emplazamientos que cumplen con estas características, las utopías y las heterotopías. Las utopías son emplazamientos sin lugar real. La utopía es la sociedad misma perfeccionada o el reverso total de esta, pero en un espacio irreal.

Por otro lado, existen contra-emplazamientos, lugares concretos dentro de una sociedad donde todos los otros lugares se encuentran cuestionados e invertidos, lugares que se encuentran fuera de todos los otros lugares, pero que son fácilmente localizables (párr. 13). El autor llamó a estos lugares heterotopía. Sin necesariamente definir la función de este lugar, Foucault declara que existen principios fundamentales que poseen las heterotopías. En primer lugar, no existe una sola cultura que no constituya heterotopías, estas podrían denominarse heterotopías de desviación, en este lugar se ubican los sujetos que poseen un comportamiento desviado de las normas culturales (Foucault, 1984). Casas de reposo, club de alcohólicos anónimos, hospitales psiquiátricos y las cárceles constituyen ejemplos de este tipo de heterotopías.

En segundo lugar, las sociedades tienen la capacidad de utilizar la misma heterotopía para distintos fines a lo largo de la historia (Foucault, 1984). Un claro ejemplo son los centros de tortura del periodo de dictadura en nuestro país, que actualmente se han constituido como un museo destinado a la promoción de los derechos humanos.

En tercer lugar, las heterotopías tienen el poder de yuxtaponer en un solo lugar real, múltiples espacios conviviendo pero que en su naturaleza son incompatibles (párr. 21). Un ejemplo de esto son los hogares protegidos. Estos surgen luego de la reforma de la salud mental en Chile, donde los hospitales psiquiátricos fueron reduciendo su número de camas, incentivando así el retorno de las personas a su comunidad. Como la mayoría ya se encontraba desvinculado de sus familias o habían ingresado en la niñez a estos centros (por ejemplo, las personas con trastornos del desarrollo), esta reforma consideró el financiamiento de hogares dentro de la comunidad, para que estas personas pudieran tener un espacio donde vivir. La idea era fomentar la independencia de las personas y que pudieran llevar una vida lo más normal posible. Sin embargo, esta solución no contempló que las personas que harían el papel de monitoras de acompañamiento a este proceso, serían las mismas personas que trabajaron en los hospitales psiquiátricos, debido a que la reducción de camas implicó una reducción del personal. Así, los hogares protegidos se encuentran situados en la comunidad, pero con un funcionamiento en la lógica de hospital psiquiátrico bajo el alero asistencialista.

En cuarto lugar, las heterotopías están asociadas a formas distintas de funcionar en el tiempo, por lo tanto, implican heterocronías. Esta condición pareciera ser necesaria para que una heterotopía funcione como tal (Foucault, 1984). Las personas cuando comienzan un tratamiento en modalidad de hospitalización diurna (el sujeto asiste todo el día al hospital y pernocta en su domicilio, por lo tanto no constituye un modalidad ambulatoria), debido a las exigencias del tratamiento, el sujeto debe dejar toda actividad laboral o recreativa, incluso doméstica para poder cumplir con el tratamiento. La hospitalización diurna constituye una forma distinta de la utilización del tiempo, en el sentido que debe suspender su vida fuera del espacio heterotópico para poder usar este espacio.

El quinto principio supone que las heterotopías constituyen un sistema de cierre y de apertura, de manera tal que sea fácil acceder, pero una vez que se accede no sea fácil salir. Las heterotopías son lugares aislados, a pesar de estar en contacto con otros espacios, de otra manera no sería fácil acceder (párr. 26). Para esto, el sujeto debe completar una serie de gestos, y así, en el hecho mismo de ingresar, adquiere la calidad de excluido. Por ejemplo, un sujeto que comete un crimen y es capturado, será condenado y enviado a la cárcel. Este sujeto, una vez que haya salido de este recinto y a pesar de haber cumplido su condena, traerá consigo el peso de haber habitado esta heterotopía durante un periodo de tiempo, lo cual podría traer dificultades en la utilización de otros espacios, en este caso pueden ser los espacios laborales. Imaginemos que en vez de cometer un crimen, este sujeto se enferma mentalmente y en vez de ser condenado es diagnosticado de esquizofrenia. A este sujeto le será indicado un tratamiento del cual tendrá que depender permanentemente, porque no podrá trabajar como cualquier otra persona y tendrá que buscar un trabajo que el equipo de salud le indique en alguna institución especializada en este ámbito. Así, las posibilidades de salir de este lugar son escasas.

Por último, el sexto principio de las heterotopías considera que constituyen una función al respecto de los otros lugares. Puede tener dos funciones distintas entre sí: la de ilusión y la de compensación. La primera apunta a denunciar la ilusión que viven aquellos que no habitan este espacio otro y la segunda a crear un espacio meticuloso y ordenado en contraste a la organización del espacio no heterotópico.

Como revisamos con anterioridad, el espacio que habitamos se constituye a través de nuestras relaciones sociales y de proximidad. Este espacio se abre a una dimensión de multiplicidad. Doreen Massey (2012) realiza una crítica a la postura que el espacio que se habita determina el futuro de los sujetos. La idea de la multiplicidad de existencias abre posibilidades de pensar una trayectoria distinta a las previas, con un futuro abierto a distintas formas de evolución. Además, sitúa al neoliberalismo como contraparte de la democracia, un neoliberalismo que promueve la pérdida de espacios públicos, la privatización de todas las prácticas humanas y aumentar el control y gestión de los recursos democráticos de los sujetos. Tres aspectos que desincentivan la emergencia de sujetos

democráticos y apropiados de sus facultades. El neoliberalismo implica no sólo la pérdida de la igualdad, sino también la falta de multiplicidad y sin multiplicidad no hay espacio.

El diagnóstico psiquiátrico, por más que los criterios diagnósticos indiquen que existe homogeneidad en los sujetos, de igual manera fomenta la uniformización de los síntomas, de esta manera, el problema del sujeto que el equipo debe trabajar es la patología que el manual dice y no las dificultades que éste podría tener en su diario vivir. Desde el diagnóstico psiquiátrico, la única forma de vida es la de la institucionalización, porque si los sujetos no desean un tratamiento psiquiátricos, son registrados en su ficha clínica y en la visión del equipo como *sin conciencia de enfermedad, paciente difícil o refractario a tratamiento*.

Para Agamben (2006), la excepción es una especie de exclusión, cuya característica principal es que no queda desligado de la norma, es decir, se mantiene en relación a ella en forma de suspensión. En este sentido, ¿Por qué sólo algunas formas de vida son posibles y otras no? Y en esa condición de imposibilidad ¿Cuál es el camino que debe llevar el loco para su recuperación? Pareciera que habitar estos espacios heterotópicos no permitiría una recuperación, o al menos como plantea el plan nacional de salud mental. En este sentido, ¿Cómo es posible una comunidad que sostenga a las personas con problemas de salud mental, si el modelo socioeconómico de un país profesa lo diametralmente opuesto? Al habitar una heterotopía, ¿Cuáles serían las proyecciones que el sujeto realiza sobre el mundo?

### 3. Sujeto y Sentido

*“El sentido no es nunca principio ni origen, es producto. No está por descubrir, ni restaurar ni reemplazar; está por producir con nuevas máquinas.”*  
Guilles Deleuze, *Lógica del sentido.*

Tal como se revisó anteriormente, el diagnóstico como dispositivo da cuenta del lugar donde queda el sujeto luego de recibirlo y este lugar otro, la heterotopía, cumple la función necesaria para el proceso de gubernamentalización del Estado, un proceso por el cual la cura a la enfermedad queda en último plano, dándole importancia a la gestión de la enfermedad por sobre cualquier otro objetivo. Sin embargo, estas dinámicas ocurren en el espacio social donde los sujetos se desenvuelven, o al menos intentan hacerlo. Por lo cual, se torna especialmente importante abordar la manera en que la experiencia de este proceso se traduce en un modo de existencia.

#### 3.1 Generadores de sentido y sus fuentes dispensadoras

Durante el desarrollo de este apartado se trabajará la noción y función del sentido desde la perspectiva de Cristóbal Holzapfel desarrollada de su libro *A la búsqueda del sentido* (2005). Aquí, el hombre, como lo denomina el autor, es concebido como buscador de sentido. El hombre no sólo está determinado por el sentido sino que lo necesita permanentemente para justificar y encontrar una orientación a su estadía en el mundo. La concepción dinámica de los sujetos comienza a considerarse desde el momento en que se concibe como “el ente que se produce a sí mismo” (Nietzsche en Holzapfel, 2005), y así generando el espacio para que pueda hacerse la pregunta sobre el sentido. De esta manera, los sujetos se conciben a sí mismos como posibilidad y como proyección, dando pie a considerarse como aquel que proyecta sentido.

La pregunta por el sentido remite a la existencia de las personas y posee innumerables alcances. Partiendo de la premisa que los sujetos son buscadores de sentido, podemos deducir que, debido a la multiplicidad de sujetos en la tierra, el sentido no es uno solo absoluto. De esta manera nos acercamos al sinsentido, el cual también es ineludible. Este vacío, entonces, sería llenado por las proyecciones, fantasías, ilusiones y deseos nuestros (Holzapfel, 2005). Así, podemos asegurar que nunca salimos del sentido y que la pregunta por el sentido es, en realidad, “la pregunta por el sentido del sentido” (pág. 37).

Otro elemento importante en la discusión sobre el sentido es la existencia de un trasfondo, en el cual pueden manifestarse tanto el sentido como el sinsentido. Este trasfondo es un territorio que se encuentra activo en todo momento, mostrando la posibilidad de que el sentido es algo que puede estar como no estar. El trasfondo se encuentra presente en todas nuestras acciones, nuestros emprendimientos, decisiones, etc., recordándonos que el sin – sentido está tan a la mano como el sentido que creemos haber encontrado. Holzapfel apunta hacia la idea que el trasfondo es como un continuum o flujo, debido a que llaman hacia la concepción de un devenir o un acontecer. El trasfondo supone “la posibilidad de encontrar un sentido último o la posibilidad de su retiro” (pág. 45). Esto se explica debido a que los sujetos son los proyectantes de sentido, llevan la carga del sentido a costas, entonces la posibilidad de perderlo, puesto que es su responsabilidad, se hace cada vez más material.

Las acepciones por las cuales se expresa el sentido y se proyecta son tres: el significado, la justificación y la orientación. El significado alude al significado de las palabras o de lo que sentimos o recordamos; la justificación apunta hacia la razón por la cual hacemos algo o dejamos de hacer y la orientación de lo que elegimos, decidimos y hacemos. Es importante relevar, que en este último punto, el componente existencial de sentido es lo que nos entrega luces de por qué hacemos tal o cual cosa, nos vinculamos a tales personas o situaciones. Todo esto logra ser relevante sólo si se remite a la experiencia individual, si al sujeto “*le pasa algo con lo que sucede*” (pág. 22). Así, el sentido es lo que resulta de sentir, percibir, pensar, darse cuenta, opinar, etc.

Como la experiencia del hombre es dinámica, el sentido también lleva esta característica. El sentido es algo que siempre estamos ganando o perdiendo y nada asegura que lo podamos

mantener (Holzapfel, 2005). En relación a esto, el sentido se genera por cinco vías que se encadenan y potencian entre sí:

- “El vínculo: es lo que une al sujeto con algo, alguien, una situación, un lugar, etc.
- El vínculo genera cobijo: relacionado con el amparo y la protección.
- En vínculo más el cobijo generan atadura: es lo que demarca al sujeto, lo delimita o incluso captura en ciertos sentidos.
- El vínculo, el cobijo y la atadura conducen a la reiteración: mecanismo por el cual apostamos reiteradamente por algo o por un sentido en particular.
- Finalmente, el sentido como sostén: suscitado por todos los elementos anteriores, el sostén es lo que sostiene la existencia” (pág. 20).

La condición de los sujetos como buscadores de sentido conlleva que la expresión del sentido sea a través de dos mecanismos: la donación y la dotación de sentido. La donación es un sentido develado desde el exterior, una donación que ilumine su estadía en el mundo. La dotación, en cambio, tiene que ver con el sentido que le atribuimos a cosas, situaciones, momentos, etc. Existe un acoplamiento entre donación y dotación, incluso si dotamos de sentido a algo, este puede convertirse en algo que más adelante lo done.

Los sujetos conciben y viven el sentido a través de fuentes que lo dispensan. Según Holzapfel las fuentes que han predominado en la historia son el amor, la amistad, el poder, el saber, el trabajo, el juego, la creatividad y la muerte. Estas son las llamadas fuentes referenciales, las cuales constituyen grandes referentes para la humanidad. Han estado presentes a lo largo de la historia, por lo que son permanentes y universales. Sin embargo, cada cultura destaca unas más que otras.

Otro tipo de fuentes que dispensan sentido son las fuentes programáticas: arte, técnica, ciencia, economía, derecho, política, moral, religión y filosofía. Ellas están a cargo de las

proyecciones que realizamos de nuestro mundo, de esta manera, las fuentes dispensadoras, sea cual sea su naturaleza, se remiten entre ellas en función de la proyección de sentido. Las fuentes programáticas son históricas y durables, son finitas pero sin embargo, “llevan el rumbo del mundo” (pág. 144).

Por otro lado, están también las fuentes ocasionales, ellas corresponden al sentido que se genera a partir de momentos, situaciones, etc. es por esto que las fuentes ocasionales son variables, mutan permanentemente y tienen directa relación con la individualidad de los sujetos. Es por esto mismo que son relevantes, porque permiten que el sentido se renueve y no se estanque. Además, existen las fuentes persistentes. Estas apuntan hacia experiencias que los sujetos viven y que constituyen que se contraigan lazos y compromisos con ello. Una relación de pareja, un trabajo o incluso una amistad son ejemplos de esto.

Finalmente, las fuentes icónicas son las que encarnan el significado del sentido, se materializa en un lugar, objeto o una cosa, se llenan de sentido y adquieren un poder simbólico. La cruz, una iglesia, el cáliz constituyen ejemplos de esto.

Es importante mencionar que todas las fuentes constituyen una pantalla del sentido. Esto porque el sentido remite al trasfondo, que es lugar donde siempre nos encontramos o desde donde nos paramos a proyectar sentido.

Las experiencias de los sujetos en torno a su proceso de tratamiento están teñidas por la forma en que los generadores de sentido se entrelazan con las fuentes dispensadoras de sentido. Entre ellos existe un diálogo que posibilita la multiplicidad de experiencias y vivencias, sin embargo, al estar siendo miradas bajo la misma lógica, estas experiencias se homogenizan, dejando de lado las particularidades que pudieran contribuir a un mejor entendimiento de la situación. Si se constituye como problema el diagnóstico en sí y no lo que al sujeto le sucede en vinculación con esto, las posibilidades de diversificar la experiencia son casi nulas.

Si bien, las fuentes dispensadoras de sentido son comunes en una cultura, el trasfondo desde donde se están significando esas experiencias son las que abren variabilidades y en el fondo, posibilidades de caminos a recorrer. No es lo mismo ser diagnosticado en un

servicio de salud pública que en una consulta privada, no porque la salud pública entrega un “mal servicio”, como se señala generalmente, sino porque la forma en que se gestiona la salud pública obedece a las exigencias de la gubernamentalización del Estado y no en cuanto a las necesidades de los sujetos en su particularidad. Cuando el diagnóstico está al servicio de metas, equipos, financiamiento estatal y estadísticas, el foco terapéutico se pierde. Finalmente, ¿Cuál es el sentido de estudiar una profesión al servicio del otro? ¿Al servicio de quién o qué están los equipos de salud?

### 3.2 El sentido en términos de producción y seducción

*“Sólo está muerto el que ya no quiere seducir, ni ser seducido”*

*Jean Baudrillard.*

Como revisamos anteriormente, la pregunta por el sentido surge desde que el ser humano es concebido como un ente que se produce a sí mismo y de esta manera se constituye como buscador del sentido. A pesar que el sentido sea algo volátil, la seducción que surge ante la posibilidad de conseguirlo es ineludible. El diálogo entre producción y seducción es lo que se revisará a continuación, en términos alusivos al sentido de las experiencias de los sujetos.

La noción de sentido según Deleuze, reemplaza la noción de esencia. En su libro *La lógica del sentido* (1989) define este concepto como:

“lo expresable o lo expresado de la proposición, y el atributo del estado de las cosas.

Tiene una cara hacia las cosas, y otra hacia las proposiciones. Pero no se confunde ni con la proposición que la expresa ni con el estado de las cosas o la cualidad que la proposición designa. Es exactamente la frontera entre las proposiciones y las cosas” (pág. 44)

Para el autor, el sentido es algo que se da en el lenguaje, sin embargo, se presenta también en el ámbito existencial y metafísico. Reconoce tres dimensiones del sentido: designación, manifestación y significación. La designación alude a un estado de las cosas, aquello sobre lo cual se dice algo. La manifestación pone en relieve la intencionalidad del sujeto significante; por último la significación alude a la relación entre la proposición con conceptos universales (Holzapfel, 1998). Estas tres dimensiones, Deleuze las considera estrategias humanas pero que no agotan el sentido. Además, podemos llegar a estas dimensiones a través del lenguaje, no obstante, es por medio de una cuarta dimensión, denominada el acontecer, por la cual se accede al plano existencial y metafísico. Esta cuarta dimensión del sentido se presenta como un vacío, el cual carece de sentido. Es el acontecer de nuestra existencia el que carece de sentido. Por ello, el sentido en sí mismo es el objeto de paradojas fundamentales que recogen las figuras del sinsentido (Deleuze G. , 1989). El acontecer apunta a las vivencias de los sujetos que están íntimamente relacionadas con las fuentes que dispensan sentido y cómo el sentido se va generando por medio de estas. Nuestra existencia es un acontecimiento que se encuentra al borde del sentido y del sinsentido.

En esta misma línea, el sentido se presenta de este modo como ilusión, como imaginario, en definitiva una proyección de nosotros, quienes somos concebidos como *máquinas productoras de sentido* (Deleuze G. , 1989). Sin embargo, el autor considera que no existe el sentido y que, en cambio, el vacío de sentido, o sinsentido, el que nos permite proyectar sentidos de diversa naturaleza. Sumado a esto, y quizás lo que hace más particular la teoría de Deleuze, es que el sinsentido está vinculado a un exceso de sentido, denominado *sobredeterminación*, es decir, “siempre hay demasiados sentidos y este exceso es producido por el sinsentido como defecto de sí mismo” (pág. 89). En palabras de Holzapfel (2005) “tras el brillo y el esplendor de todo lo que se presenta como sentido palpita el sinsentido, y este último se presenta como vacío, como hueco que llenamos con nuestras proyecciones, deseos y expectativas” (pág. 160). El sinsentido se constituye como un eje central en la teoría de Deleuze sobre el sentido, porque en definitiva, el sentido es producido por el sinsentido. Por lo tanto el exceso de sentido, es este mecanismo por el cual el sinsentido se

excede y proyecta una gran cantidad de sentidos. La vivencia del sinsentido moviliza a los sujetos a seguir buscando el sentido, puesto que desde el sinsentido se proyecta el sentido por medio del trasfondo. El exceso de sentido, llamado *sobredeterminación*, tiene relación con el concepto de *hiperrealidad* de Baudrillard que se revisará a continuación.

Jean Baudrillard se hizo cargo de la pregunta por el sentido desde dos conceptos claves en su teoría: un lado está la producción y por otro la seducción. La producción es aquello con lo que estamos comprometidos. Es lo normativo de una sociedad. Desde la óptica de Holzapfel, la producción es todo aquello que tenga que ver con las fuentes dispensadoras de sentido: la moral, la política, la ciencia, la religión entre otras. En cambio la seducción es todo aquello que nos desvía de los sentidos. En su libro *De la Seducción* (1981), Baudrillard plantea que la seducción ha tenido un rol relevante en la historia de la humanidad, puesto que la seducción es lo que se encuentra permanentemente amenazando las proyecciones de sentido en una sociedad.

La seducción en función de la producción es lo que desarrolla el autor en términos del sentido, en cuanto que la producción requiere seducir de alguna manera, es por esto que la seducción es concebida como un medio y nunca como un fin (Holzapfel, 2005). Se distingue aquí la noción sujeto – objeto, “donde el objeto es lo referencial y el sujeto no sólo define al objeto, sino que lo domina” (pág. 166). En este sentido, sería la seducción la que domina la producción.

Esto implica que si la producción está sujeta a la seducción, esta es capaz de desarticularla, evidenciando que la autonomía de los sujetos contemporáneos no es tal, debido a las exigencias de la sociedad del rendimiento (Han, 2012), una sociedad donde la economía comanda los procesos sociales y donde la normatividad social se confunde con la normatividad vital (Rose, 2012). En conclusión, el objeto se encuentra dominado por lo que ya no controla (Holzapfel, 2005).

En cuanto a la realidad, esta es un resultado de una proyección humana, una proyección de sentido. Las proyecciones de sentido tienen un límite y cuando este es sobrepasado y se pierde la esfera de sentido, entra en el terreno de la hiperrealidad, es decir, una realidad que

nos sobrepasa. En una sociedad donde el sujeto domina al objeto, entiéndase objeto como las fuentes programáticas de sentido, pueden desaparecer el sentido de realidad. Es decir, en palabras de Holzapfel (2005) “cuando comenzamos a sospechar que el mundo que estamos construyendo es una locura, y la psiquiatría comienza a ver a los sujetos normales como anormales, entramos en la antipsiquiatría” (pág. 167). La pérdida del sentido de realidad está ocasionada por un exceso de realidad, así como el sinsentido está relacionado con el exceso de sentido.

La consecuencia de esta hiperrealidad, es que el objeto queda fuera de sí y se convierte en un “objeto extático” (pág. 168). Esto implica que la realidad es algo que nos excede y que no podemos asimilar. La información sobre la cantidad de estrellas en el sistema solar, la cantidad de mensajes de texto vía teléfonos portátiles se envía por segundo en el mundo, los avances tecnológicos, etc. son flujos de información imposibles de asimilar por un objeto dominado por la seducción, rehén de la producción.

En este escenario entonces, el objeto se deja seducir por lo novedoso, puesto que la seducción tiene lugar en el desvío de las proyecciones de sentido. La seducción posibilita la proyección de sentido y en este plano, lo que seduce es lo que la producción ya no puede abarcar, puesto que la producción es de los sentidos y lo que se aproxima al sinsentido o se presenta derechamente como tal, constituye el máximo de seducción. La producción es movilizada por la seducción, y esto constituye a fines de cuentas, que “el secreto de la producción es la seducción” (pág. 187).

Baudrillard y Deleuze coinciden en un aspecto relevante, el exceso de sentido o el exceso de realidad producen un estado de detención en los sujetos. Tanto la sobredeterminación como la hiperrealidad contribuyen a que los sujetos sean capturados en un territorio donde las situaciones son inabarcables. Una persona a la cual se le dice que su malestar tiene un nombre científico llamado esquizofrenia, que es considerado una enfermedad crónica, que seguramente no podrá formar una familia, que dependerá de psicofármacos por el resto de su vida, que seguramente muchas de las cosas que le suceden no tienen explicación y que además el equipo de salud siempre tiene la razón, porque “*no se preocupe, aquí le vamos a ayudar, nosotros sabemos lo que le pasa...*”, se convierte en un objeto, un objeto rehén de

saberes científicos y detallados, un objeto que es sólo producción, producción del exceso de realidad y el exceso de sentido. Una persona que recibe toda esa gran cantidad de información que otros pueden decir sobre él, es una persona que no tiene nada que preguntarse sobre sí mismo.

## METODOLOGÍA

La presente investigación se basa en una epistemología hermenéutica, ya que el objetivo es explorar la experiencia de sentido de personas diagnosticadas con esquizofrenia. Por medio del análisis del discurso se identificarán ejes temáticos surgidos durante el grupo de discusión, se evidenciará la estructura argumentativa y se analizarán los efectos de discursos en las relaciones sociales (Calventus, 2008). El análisis de “lo que se dice” según Calventus (2008), comprende la pregunta acerca del significado de la experiencia de sentido, y así, tener un acercamiento sobre las proyecciones de sentido en torno su tratamiento, su equipo de salud e incluso en torno a la palabra esquizofrenia. Finalmente, el método de producción de información corresponderá a un grupo de discusión, el cual se detallará más adelante.

Se espera dar una mirada comprensiva de relación al tratamiento de la esquizofrenia en Salud Pública en torno a las guías clínicas, el equipo y la experiencia de los sujetos. Se utilizarán las distinciones que realiza Cristóbal Holzapfel (2005) al respecto del sentido, sus generadores y las fuentes que lo dispensan. De esta manera, poder acceder a las proyecciones de sentido que realizan los sujetos al respecto de su diagnóstico, su tratamiento, el equipo de salud y los distintos tópicos emergentes en el discurso. Para esto, también se utilizarán las nociones de Foucault, Deleuze, Han y Rose al respecto de la forma como la configuración de la sociedad influye en estas proyecciones de sentido. Además, como se señaló anteriormente, se incluirá una mirada más local al respecto del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría vigente actualmente y las guías clínicas asociadas al tratamiento de la esquizofrenia. Sin olvidar también el marco legal asociado a esta temática.

Se seleccionó de forma intencionada y convocar al mismo grupo a participar de esta investigación, puesto que el proceso reflexivo que han podido desarrollar a lo largo del año podría dar paso a un nuevo nivel de reflexión. Se priorizaron las relaciones entre ellos y la pertinencia de la temática a investigar (Ibáñez, 1979).

Se convocó a los participantes mediante una invitación escrita (Anexo 2), quienes confirmaron verbalmente su participación durante la semana anterior a la realización del grupo. No obstante, se realizaron llamados telefónicos a cada uno recordando el día y la hora en que fueron convocados.

Luego de la recepción de los participantes, se procedió a la lectura del consentimiento informado (Anexo 3) y la posterior firma del documento. Seguido de esto se dio inicio a la conversación siguiendo la pauta de desarrollo del grupo de discusión (Anexo 4).

El objetivo de esta investigación es el análisis de la experiencia de sentido de personas diagnosticadas con esquizofrenia, en cuanto a su lugar en el mundo y el proceso de su tratamiento. El grupo de discusión se inscribe en el campo de la producción de discursos, en este caso, se realizó un grupo basado en las metodologías del grupo de discusión de Lupicinio Iñiguez y Ana Vitores (2004). El discurso producido por el grupo será un elemento utilizado en el análisis.

#### Descripción del grupo

Los participantes de esta investigación son usuarios del programa de Rehabilitación Psicosocial para Personas con Trastornos Mentales Severos del COSAM de la comuna de Quinta Normal, perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Sur. Todos han participado de este programa al menos 3 años, sin embargo, sus tratamientos psiquiátricos han tenido una duración de al menos 12 años.

Durante el año 2015, hubo una alta rotación de profesionales que desempeñaban funciones en el programa de rehabilitación, lo cual generó una sensación de inestabilidad de la mayoría de los usuarios al respecto de los vínculos que se establecen con los terapeutas. Sin, embargo, estos hechos constituyeron una oportunidad para proponer formas nuevas de trabajo psicoterapéutico. Así, a principios del año 2016, uno de los usuarios del programa manifiesta su inquietud al respecto de la rotación de funcionarios y la construcción de nuevos vínculos. A partir de esto, propone comenzar a reunirse con otros usuarios del programa, con el fin de organizarse autónomamente y poder avanzar hacia una independencia del programa de rehabilitación. La convocatoria fue por medio de una

invitación escrita que fue entregada de mano en mano por ellos mismos (Anexo 1). A la primera reunión asistieron ocho personas, las cuales se mantienen hasta hoy. Las primeras reuniones tuvieron como actividad principal poder definir el objetivo detrás de juntarse semanalmente y explicitar las expectativas que cada uno de los participantes tenía. También se explicitó el rol de cada uno dentro del grupo y el rol de la terapeuta que los acompañaría, el cual corresponde simplemente a eso, acompañar y facilitar el proceso deliberativo de las personas participantes.

A fines del mes de Agosto, recibieron al profesor Pietro Barbetta<sup>5</sup>, actividad organizada por ellos con el apoyo del equipo del Programa de Rehabilitación Psicosocial para Personas con Trastornos Mentales Severos y gracias al apoyo de la Universidad de Chile y Universidad Alberto Hurtado, quienes auspiciaron la visita del profesor a nuestro país. La actividad consistió en un desayuno de recibimiento y posteriormente se realizó una mesa de conversación donde se discutió sobre las diferencias y similitudes en torno a los tratamientos para personas con esquizofrenia en Italia y en Chile. Si bien, la expectativa de los usuarios era encontrar grandes diferencias entre ambos países, el resultado fue encontrar grandes similitudes. Esta reflexión dio paso a poder pensar la forma en que se han abordado las problemáticas en torno a la esquizofrenia y la importancia de situar la sintomatología en un contexto cultural con una historia particular.

La visita del profesor constituyó un hito en la historia del grupo de usuarios, generando un espacio para poder pensarse fuera de las limitaciones sociales, desde las estructurales (tanto físicas como institucionales) hasta las más abstractas.

---

<sup>5</sup> Pietro Barbetta (PhD), Director de la Escuela de Terapia Familiar de Milán. Estudió Antropología, Sociología y Psicología en la Universidad La Sapienza en Roma y en la escuela de doctorado de la Universidad de Trento. Profesor de psicología dinámica en la Universidad de Bérgamo, presidente de ISPS-Lombardia, codirector de la serie Psyché para l'Harmattan Italia.

## ANÁLISIS DE RESULTADOS

Al explorar los discursos asociados a las consideraciones que los participantes tienen sobre su diagnóstico, la forma en que su tratamiento ha sido llevado, su equipo tratante, incluso consideraciones sobre la religión y visualización hacia el futuro y la apertura de otras instancias terapéuticas, nos permite poder analizar esto tanto desde ciertas distinciones teóricas como desde lo cotidiano de los participantes. De esta manera, el contenido del discurso permite hacer emerger reflexiones sobre las proyecciones de sentido que ellos realizan en torno a sus vivencias y experiencias con su condición llamada enfermedad. Emergen categorías que ponen en tensión ciertos tópicos que no son abordados en el tratamiento psiquiátrico, o que en gran medida no se ven respaldados por los planes y programas de salud mental.

### 1. Como soñar despierto

Se comenzó la conversación solicitándoles a los participantes que definieran en una palabra la esquizofrenia. Llama la atención que “locura”, como comúnmente se conoce, sólo fue nombrada un par de veces por los participantes, donde las enunciaciones que dominaron fueron las alusivas al desorden, desorden del pensamiento, disociación o estado de psicosis, incluso aludiendo a la etimología de la palabra, dando cuenta del manejo del lenguaje científico de la psiquiatría:

*“Hombre 5: mente separada...”*

*“Mujer 1: Disociación...”*

*“Hombre 5: Desorden de los pensamientos...”*

Por otro lado, algunos prefirieron definirla a partir de las implicancias y las consecuencias de poseer este diagnóstico:

*“Hombre 2: La esquizofrenia... la defino la de una enfermedad mental... que... que trastorna... la mente...la...mmm... como se llama esto... so... subyuga la mente la esquizofrenia.... La... la... maltrata.”*

*“Hombre 3: Toda enfermedad mental se desarrolla por el miedo de la angustia...”*

*“Hombre 4: Como desorden, algo desordenado... claro”*

*“Hombre 4: recuerdo una vez que escribí... en la... asamblea... cuando todos hablaban y decían...y supuse... esto es como una esquizofrenia... como que todo es puro desorden...”*

*“Hombre 3: Tiene varias direcciones... ataca los sentidos, ataca los sentimientos...”*

*“Hombre 6: Bueno yo pienso que la esquizofrenia es algo... como para que uno...tome... conciencia de lo que ha vivido en la vida... porque en la vida... igual, hay puros obstáculos... y esta esquizofrenia es un obstáculo para la persona que mmm... que la tiene mmm ... y que la ha sufrido. Nosotros sentimos... pero... sentimos las cosas, aparte de la esquizofrenia... Y por mi parte de repente estoy enfermo y no sé si es...a... por la esquizofrenia, o porque me estoy enfermando de algo más. Porque aparte de la esquizofrenia que llevo, que para mí es como un peso (se emociona)... me cuesta salir de mi casillero... eh... trato de buscar la paz. Y estar bien... con Dios...”*

*“Hombre 3: Cuando la sangre entra al cerebro se producen los pensamientos... y de ahí se produce el estado de psicosis...”*

Sin embargo, hubo otros que prefirieron otros significantes para dar cuenta de la definición que tenían de la palabra, significantes que tienen que ver con las experiencias singulares en relación al padecimiento:

*“Hombre 1: Es algo casi insoportable... (Voz algo agónica, agotada).”*

*“Hombre 1: el otro día cuando... cuando... me imagino esa palabra me acuerdo de una película en el cine que se llamaba “Esquizofrenia sexo asesino”... (Risa de otro) y la palabra esquizofrenia así como desgarrada así como llena de sangre.”*

Por otro lado, la referencia a una fuente icónica como dispensador de sentido, cobra una especial importancia, puesto que el ícono da cuenta de territorios particulares que no necesariamente son de fácil acceso a las palabras, en este caso, los íconos señalan la imagen de una barrera, persecución, encierro, un muro de contención.

*“Hombre 5: Ya, ya, ya... la esquizofrenia para mí era como... como una “alambrada”*

**Moderador: ¿Qué es eso?**

*Hombre 5: Una alambrada como la mente que estuviera...en un... en un centro de concentración*

**Moderador: Como en un centro de concentración.**

*Hombre 5: Hmmm.... Y se ven cosas y tantas cosas y uno no tiene que ver esas cosas... y escucha voces... y todo eso... eso... no lo deja tranquilo y uno... y uno quiere salir desea alambrada y no puede...*

*Mujer 2: Es verdad eso...”*

*“Mujer 2: Soñar despierto, nos pasaba que... que... yo estaba despierta, y mi cabeza pasando... pasando escenas así... de, de cosas que están pasando, pero en mi mente... y estoy con los ojos abiertos.”*

Es importante destacar que términos de la búsqueda del sentido, dentro de las fuentes dispensadoras de sentido, las fuentes ocasionales constituyen una importante labor, puesto que se refieren al sentido que surge a partir de situaciones, momentos o vivencias significativas y tienen directa relación con la individualidad (cfr. pág. 53). Esto nos da el pie para analizar lo siguiente, lo cual tiene relación con definiciones de esquizofrenia que

tienen que ver más con una consecuencia de algo, una experiencia o una definición etimológica:

*“Hombre 1: Yo pienso que es producto de la sociedad...”*

*“Mujer 1: Como decir y pensar las cosas pero de otra manera...”*

Los participantes en este caso, dan cuenta de una postura frente a la enfermedad que apunta hacia mirarla desde otro ángulo, permitiendo una visión novedosa en relación a las demás. Decir que la esquizofrenia es una forma distinta de ver las cosas, es una postura que llama hacia la aceptación de una condición en particular, más que denominarla como un padecimiento propiamente tal, como se observó en el análisis previo. Además, pensar una enfermedad como producto de la sociedad, permite despejar la posibilidad que el padecimiento de una enfermedad mental es responsabilidad de las personas que la padecen. Según Deleuze y Guattari (1985), no se puede pensar el objeto esquizofrénico sin vincularlo al proceso de producción. Además, al ser relegado a un lugar otro, un lugar heterotópico, la esquizofrenia adquiere la calidad de ser producto de una sociedad (cfr. pág. 49).

Al respecto de la recepción del diagnóstico de esquizofrenia, es importante destacar que los relatos transitaban entre dos polos, uno relacionado con el alivio de saber qué estaba ocurriendo (o que lo que le ocurría tenía un nombre), y otro relacionado con la incredulidad y angustia. Esta tensión entre ambos extremos manifiesta que un plan de tratamiento *a priori* sólo limitaría las posibilidades de trabajo terapéutico, no sólo porque el malestar de la persona afectada no estaría contemplado en trabajo, sino porque no siempre es el mejor camino la aceptación total y absoluta de lo que logra explicar el diagnóstico al respecto de lo que le sucede a la persona.

*“Hombre 3: No sé... yo estaba feliz que...que a mi me vieran los primeros médicos porque estaba tan enfermo que nadie... Nadie me ayudaba... iba al psiquiátrico...y en el psiquiátrico me decían: “no tiene atención aquí de... porque su papá es*

*militar”. Me tuve que volver a la casa... me quedé pegao con la enfermedad... con la enfermedad me... me bajó un estado de angustia que yo lo único que veía...”*

*“Mujer 1: Ah no se... no me acuerdo... así que ya ahí... y después... y cuando... dijeron que tenía esquizofrenia... como que estaba más... como más tranquila o sea... no, no fue tan fuerte para mi...pero... y después sufrí angustia... depresiones... y bueno después di mi examen de grado y ya no era la misma... totalmente así enojada... fue a dar mi examen de grado... no tome conciencia... no estudie mi ... mi tesis ni ninguna cosa...y ahí ya dije... ay que voy a estar yendo... incluso llegaba atrasada a las clases... al final me pusieron un cinco. Y... yapo y después volví a hacer el examen de grado... Reprobada... ¡Reprobada! No le doy a nadie a nadie de lo que... lo que sufrí ese día...”*

De acuerdo a los relatos, las situaciones previas a la obtención del diagnóstico son claves en la consideración de cómo será recibido este diagnóstico. De esta manera, la sensación de alivio por saber que la dolencia que padece tiene un nombre y que incluso tiene un tratamiento.

Sin embargo, existen otras situaciones donde ocurre todo lo contrario, la recepción del diagnóstico constituye un periodo estresante para la persona, abriendo mayores espacios a la angustia. Se evidencia, entonces, una tensión entre la aceptación del diagnóstico y el rechazo a este, tensión que se iría disipando en la medida que la persona se identifica con el rol de paciente enfermo.

*“Mujer 2: ... pero... lo que si me acuerdo bien es que yo... me costó mucho aceptar que tenía esquizofrenia. O sea... pa mi... yo no tenía esa enfermedad, y eso me lo habían diagnosticado solamente... los doctores como una excusa para tener enfermo, a quien atender y poder... que le pagaran como médico.”*

*“Hombre 4: Trastorno no se cuantito... y yo dije “¡Trastorno! Chuta...en medio de cualquier... me empiezan a perseguir... Claro y yo dije... no debía haber tomado y dije... voy a tener que seguir nomás con este... y de ahí... claro como... fue como*

*un todo... fue así como un... como un todo que me... como que sonaba fuerte él... el diagnóstico.”*

*“Mujer 1: Yo pienso que si po... porque uno puede conocer la enfermedad pero no aceptar...”*

En muchas ocasiones, la aceptación del diagnóstico implica recibir una serie de normas, protocolos, espacios de estigmatización o incluso vivir una situación traumática. En términos contextuales, esta situación en particular marca un antes y un después, donde las relaciones con el otro deben ser de otra manera, comenzar a ocupar otros espacios y relacionarse con otra gente. Se instalaría una sensación de desconfianza, fomentando la angustia mencionada con anterioridad.

La sensación de soñar despierto describe este periodo, donde pareciera que los sucesos son irreales o incluso, siendo protagonista del sueño, quedan en posición de actor secundario. Pareciera que la angustia para a ser la protagonista de la vida de los ellos, sobretodo porque los equipos de salud o más específicamente, el lenguaje psiquiátrico concentra su atención en lo anormal, lo que funciona raro o constituye una anomalía en el pensamiento.

Cabe reflexionar que pareciera que al momento de recibir el diagnóstico, se presentan el sentido y el sinsentido frente a la persona mediado por el trasfondo, el cual funciona como un flujo que opera en todo el acontecer de las personas (cfr. pág. 51). Por medio del trasfondo la perdona proyecta sentido a las vivencias, por lo que la aceptación del diagnóstico podría estar mediada por la forma en cómo opera el trasfondo en cuanto a la presencia del sentido o sinsentido del diagnóstico. De esta manera, la experiencia de sentido en cuanto a esta proyección podría ir modulando la relación, el vínculo o el significado que la persona le otorga a llevar este diagnóstico. Sin embargo, este proceso de significación da lugar a que la persona comience a hablar de sí mismo por medio del diagnóstico, como si la enunciación de esto diera cuenta de todo lo que comprende a la persona misma (cfr. pág. 45).

## 2. Los lugares *otros* como destino

Como revisamos anteriormente, las heterotopías constituyen un espacio *otro* donde se amenazan o asedian todos los valores de una sociedad, constituye un espejo de lo contrario a lo que nos gusta ver en el entorno (cfr. pág. 45). Las personas diagnosticadas con esquizofrenia habitan estos lugares con la conciencia de ser estigmatizados o excluidos, y aun así, sin muchas alternativas de poder deshabitarlo.

Dentro de los discursos se visualizan varios hitos donde se evidencian los pasos hacia el ingreso completo a este lugar heterotópico.

*“Hombre 5: No nos van a ver ni al hospital... ni al hospital ni a la casa ni en el... manicomio... esas tres partes no...”*

*“Hombre 1: eh... los amigos se van po, los amigos se van... ¡Se van los amigos... se van!”*

*“Hombre 5: Sí... sí... uno se siente abandonado, igual que, abandona que nadie, uno cree que nadie los escucha... ¡abandonao! Y se pierde la fe pero después se... Se recupera...”*

La permanencia de los amigos constituye un tema importante dentro de la discusión, puesto que el alejamiento de las amistades pareciera ser un suceso que tienen todos en común. La disminución de las redes sociales o vínculos de apoyo dirigen a la persona hacia la pérdida del sostén que en algún momento pudieron percibir del resto, amenazando el sentido de permanencia en el mundo (cfr. pág. 45). Habitar un lugar *otro* implica relacionarse con todos aquellos que habitan ese mismo lugar, por lo cual las redes sociales se reducen a redes existentes sólo en la heterotopía, quedando excluidos de las redes de las participaban con anterioridad.

Además de la pérdida de amistades, algunos refirieron desvinculaciones con la familia. Aquí la tensión se centra en que, para algunos, la sensación de pérdida de apoyo se vincula a un abandono por parte de la familia y para otros se vincula con que no se involucran con

el tratamiento. En este sentido, el carácter presencial del apoyo o el carácter emocional de este apuntan de igual manera a la sensación general de pérdida de vinculaciones y de instancias de cobijo.

*“Hombre 1: Cuando me dio una psicosis fuerte, cuando caí al hospital por seis meses... mi familia vino a verme todos los días... o sea no, mal digo, porque, las visitas en ese momento eran los puros domingos nomas...”*

**Moderador: Pero eran todos los días de visita...**

*Hombre 1: Todos los días de visita...pero después sucedieron cosas fue pasando el tiempo... y yo no reaccionaba a ninguna cosa... que al final... mi familia... Básicamente me tiene abandonado...”*

*“Mujer 2: Mi mamá no cree que yo tengo esquizofrenia.”*

*“Hombre 2: A mí no... no porque... así como le pueden decir a la señorita Mariela “si... si...” pero no están no aquí con venir pa acá, mis papás no están ni ahí...”*

Al igual que los vínculos de amistad, los vínculos familiares se ven debilitados desde que el diagnóstico es conocido. Si bien, no en todos los casos es igual, principalmente porque cada familia afronta de distinta manera la enfermedad, el apoyo percibido pareciera ser escaso. La pérdida del vínculo o la sensación de cobijo, implican que todo el resto del encadenamiento de los generadores de sentido se debilite y se haga presente el sinsentido, el cual permite la movilización en una nueva búsqueda del sentido y un sostén a la existencia.

### 3. Religión como alternativa al lugar otro

En esta nueva búsqueda del sentido, la religión constituye por excelencia una fuente dispensadora de sentido, particularmente fuente programática. Diversas culturas refieren a la religión como parte de su origen, por lo cual implica que la religión está directamente relacionada con la proyección que las personas realizan del mundo (cfr. pág. 53).

La religiosidad como modo de explicar el mundo estuvo presente durante todo el desarrollo de la discusión, lo cual se explica porque lo divino, según Holzapfel (2005), sólo tiene cabida en el trasfondo. La interpretación religiosa de los acontecimientos, incluso métodos de afrontamiento por medio de la religión y las implicancias de esto en el diario vivir, fueron algunas de las expresiones de las proyecciones de sentido en cuanto a esto. Es llamativo como la religiosidad como modo de vida, ha permitido contener a las personas en diversas situaciones relacionadas con el diagnóstico y su tratamiento. La participación en organizaciones religiosas es referida como un espacio de protección y apoyo no encontrado en otras relaciones, independiente del tipo de religión o la forma en que se profesa, este emergente en el discurso permite abrir un espacio de reflexión en torno a una manera de lograr encontrar un propósito y finalmente un sentido.

*“Mujer 2: eh... bueno yo soy testigo de jehová...eh... yo me siento bien apoyada tanto por el creador, jehová como por Jesús su hijo...y la organización, entera... se siente el apoyo cuando he estado hospitalizada me van a ver, los testigos de jehová... están preocupados de venir, me apoyan en la casa... estoy bien apoyada...”*

*“Hombre 4: Claro, además que yo me acuerdo que cuando me daban depresiones, yo oraba, leía la Biblia... ya después al tiempo, se me pasaba... y ahí... si me importó ir a la iglesia porque uno... o sea... hay que practicar la fe porque Dios conoce...nuestras... lo que nosotros necesitamos, pero hay que practicar la fe para pedirle lo que... necesitamos porque él sabe que el hombre no se mueve... por nuestra fe...”*

*“Mujer 2: A mí me pasa cuando tengo pesadillas, que no puedo despertar... y digo “¡Jehová, Jehová ayúdame a despertar Jehová! Y pah despierto y, y me siento, prendo la luz, y se me pasa (suspira)”*

*“Mujer 1: ... y como yo me había apegado a la religión cuando me enfermé... yo... decía: ah tengo que estar más cerca de Dios y empecé a pensar pensaba y ahí casi... casi me trastorné... después otra vez igual en Santiago estuve como otra vez*

*igual como tres veces así... otra vez en Valdivia me imagine igual una cruz así puras cosas...”*

*“Hombre 2: Mire yo... contar del liceo, en primero medio hasta... hasta segundo tercero medio...entonces yo les seguí el amén, y... ero no de volverme loco sino que... con los años me di cuenta que... no es pa tanto si... eh... hay que dejarse un espacio pa Dios pero no ser fanático porque eso te trastorna...”*

*“Hombre 1: Yo le diría... confía en tu médico y en Dios, al mismo tiempo... entre los dos vai a... vai a cambiar tu vida...”*

Los discursos alusivos a la religiosidad dan cuenta que los participantes se sienten sostenidos por la religión, independientemente si participan en una iglesia en particular o profesan su fe en sus espacios más íntimos. La religión como fuente programática del sentido, implica una manera distinta de proyectar el mundo. Los participantes de esta investigación encontraron en la religión un espacio fuera de ese lugar otro teñido de exclusión y discriminación. Pareciera que la religiosidad permite habitar un espacio fuera de la exclusión, salir de la heterotopía, compartir con otros sin el velo de la enfermedad mental. Propicia la participación en una grupalidad que no está constituida por la enfermedad mental, sino que se agrupan por creencias y visiones de mundo similares. Pareciera que la religión proporciona un componente de incondicionalidad a los vínculos que se establecen, los cuales están mediados por registros distintos al del paciente en su pasividad, sino que deben constituir un miembro activo de su comunidad religiosa. Además, frecuentemente utilizan la religiosidad como estrategia de afrontamiento a las dificultades cotidianas, más allá de las recomendaciones del equipo de salud pudiese haber realizado, por lo que la religiosidad habita también en los espacios heterotópicos de los participantes. En este sentido, participar de una creencia religiosa, además de proveer sostén a la existencia de las personas, provee un espacio único, donde no son excluidos, habitando una alternativa a la heterotopía donde transcurren sus vidas.

#### 4. La omisión del significante

En relación a estos espacios otros, el lugar donde reciben sus atenciones e incluso el equipo de salud constituye un lugar otro. Esto, principalmente porque se conjugan distintos tiempos y espacios que dan lugar a una lógica que da cuenta que el centro de la atención no necesariamente es la persona. En la definición de esquizofrenia del manual CIE – 10, explicita que “el sujeto cree que es el centro de todo” (cfr. pág. 37). Sin embargo, podemos verificar que en el periodo del proceso diagnóstico, lo primordial o el centro de las atenciones son la sintomatología de las personas más que la persona misma. En palabras de Foucault, la medicina ha optado por la omisión del significante como método clínico (cfr. pág. 19).

*“Mujer 1: ¿Uno alto, chascón? No, no, no, no.... Pero bueno, resulta que hable con un doctor que se llamaba... el apellido era... “Osorio”... Cristian Osorio... “Doctor” le dije yo “...los días son un fastidio... Sabe que... ahora realmente creo que tengo esquizofrenia porque ayer perdí la razón dije yo... y el doctor no se espantó ná... “ah...” dijo “bueno...” me contestó así como... no era algo tan grave.”*

*“Mujer 3: Ahí me hospitalizaron, me quitaron los otros medicamentos que estaba tomando, y me hizo mal porque me subió la presión... y me llevaron a las 10 de la noche a hacerme un escáner... y el doctor que me vio en urgencia me dijo que no me debían haberme quitado los remedios pa la presión, por eso me había subido tanto... Después vino la doctora y la doctora me dijo “¡Mujer 3! Usted que no me dijo que tenía problemas en la presión”.... Y yo le dije “Yo le dije a usted que estaba mareada y usted no me pescó” le dije... ella me dijo que eh... había levantado muy rápido de la cama y me había mareado... y yo le dije que no que me había subido al presión...”*

Además, pareciera que esta omisión del sujeto o significante es algo que se mantiene a lo largo del tratamiento, situación a la que los participantes parecieran estar medianamente acostumbrados, o más bien, resignados. Ignorar el malestar del otro, implica no sólo

centrarse en los signos y síntomas, sino que implica que el otro no tiene nada importante que decir, y que por lo tanto, su opinión no es algo a considerar dentro de los estándares de calidad. La guía clínica para el manejo del primer episodio de esquizofrenia, reconoce cierta sintomatología típica para el inicio de este cuadro, pero no considera el malestar subjetivo de la persona, que no sólo es la evidencia de un trastorno del pensamiento o “que le roban las ideas” o incluso el aplanamiento afectivo, sino que implica el estado emocional de la persona al percibir toda esta sintomatología, y eso es algo de lo que no se hace cargo el equipo de salud ni las políticas estatales. Este abordaje implica un terreno difícil para el desarrollo de un vínculo, como así también que las personas se sientan cobijadas en su equipo de salud.

Esto puede evidenciarse porque, al revisar las metas que se planteó el equipo de salud del Hospital Félix Bulnes (Anexo 5, pág. 17), equipo de referencia de especialidad de los participantes de la investigación, dichas metas tienen relación sólo con el cumplimiento de procesos estandarizados en salud (llenado de ficha clínica, número de atenciones, atender oportunamente, etc.), y no objetivos en torno a la persona misma y sus necesidades particulares. Se entiende que no se pueden especificar dichas particularidades, pero podría ser algo importante a incluir en los procesos de evaluación de un equipo de salud de estas características.

En cuanto a esto, uno de los métodos de verificación del cumplimiento de estas metas, están sostenidos en la cantidad de reuniones clínicas con análisis de casos clínicos con decisión de manejo y tratamiento. Esto da cuenta que el equipo de atención se centra más en los procesos particulares del equipo, más que en los procesos particulares de los usuarios. Si bien, es innegable que una actividad esencial de un equipo de salud es la reunión clínica, la evaluación de las metas no puede ir orientada al cumplimiento de esta actividad. De esta manera, deja en evidencia que los procesos terapéuticos, si es que los hay, están más al servicio del cumplimiento de las necesidades institucionales que de los sujetos de atención. Dicho proceso tiene relación por la emergencia de la racionalidad del Estado (cfr. pág. 17), el cual refiere que el rol del Estado es la gestión de las poblaciones en torno a cómo se gestionan los recursos de un país. En esta misma línea, la

gubernamentalización del Estado (cfr. pág. 17), implica que, particularmente el continuo salud – enfermedad, pasa a ser un ámbito a gestionar dentro de la sociedad y no un ámbito en el cual el Estado debe hacerse cargo. La lógica detrás de esto es que las variables que escapan a la ley del soberano, deben dejarse actuar dentro de márgenes aceptables (cfr. pág. 24).

##### 5. Deseo y espacios de exclusión

El estatuto del loco según Foucault (cfr. pág. 12), define que este estatuto es universal y que se encuentra mediado por una cuádruple exclusión. Dos de los sistemas de exclusión que se definen, es el de la familia y el trabajo. El loco no forma una parte de una familia ni tampoco participa de la formación de una, como también no se constituye dentro de la fuerza trabajadora de una sociedad. Dentro de los discursos que surgieron en el grupo de discusión, se destacaron dos reflexiones en torno a formar una familia y tener hijos, como también la importancia de tener un trabajo. Revisaremos primero los discursos alusivos a la familia.

*“Mujer 2: Yo dije, el gran dolor de mi enfermedad es que a la edad que tengo cincuenta años, no, no he formado a mi familia, un esposo, hijos... bueno ya se me pasó. Hasta en eso soy diferente, porque todas las mujeres tienen esposo, su pololo... su novio, su esposo finalmente... y yo... todavía no lo he logrado entonces... hasta en eso soy diferente, porque tengo esquizofrenia.”*

*“Mujer 2: ¿Sabe qué?...la carga más grande de mi enfermedad... es que no he podido tener una... una familia... es el dolor más grande, haberme perdido de cosas... Si te digo que mi enfermedad es la culpable que me haya perdido de cosas... la esquizofrenia.”*

*“Mujer 3: A mí me pasa... con esta cuestión de ser mamá... tuve un tiempo que tenía hartas ganas de ser mamá le pregunté al doctor y me dijo “no hay problema, déjese los remedios”... y mi hermana me dice “no, no vai a tener guagua” me*

*dice... no vai a tener guagua porque si no lo primero que va a pasar, te vai a descompensar...”.*

Es interesante como surge la importancia de formar familia sólo desde la presencia femenina del grupo de discusión. Pareciera que en lo femenino ronda el deseo de una familia y conseguir sostén desde allí. La posibilidad de tener algo propio y que a partir de ello poder ir dándole sentido a la existencia es lo que constituye novedad y por lo tanto una seducción (cfr. pág. 52). La seducción es lo que impulsa a la búsqueda de este nuevo sentido. Además, el lugar de la mujer históricamente ha estado ligado a la maternidad y a ser el “motor” de una familia. Formar una familia ha constituido unos de los mandatos sociales más preponderantes de la actualidad. Así, a pesar de estatuto del loco y su exclusión en torno a la familia, el discurso que surge en torno a esto es uno que alude más a la condición de ser mujer en la sociedad, más que a estar categorizada como “loca”.

Sin embargo, cabe destacar que la presencia del exceso de sentido en estos discursos no deja de ser relevante. En primer lugar, la construcción de sí misma a través del diagnóstico pareciera ser la explicación fundamental a la pregunta por querer tener familia. En este sentido, el diagnóstico, operando como dispositivo de sujeción de las personas, fomenta la formación de un sujeto que asume su identidad de enferma e incapaz de formar una familia (cfr. pág. 49). Están sobredeterminadas por su diagnóstico (cfr. pág. 52). Como propone Deleuze (1990), los dispositivos son máquinas de hacer ver y hacer hablar. Así, un discurso que alude más hacia el lugar de lo femenino en la sociedad, se ve opacado por un discurso marcado de exclusiones que apunta hacia la precariedad de la imagen de sí.

Por otro lado, las voces masculinas son las que hacen referencia al trabajo como un aspecto que evidencia tensión en sus vidas.

*“Hombre 3: A mí también me dio... me acuerdo que... ¿Cómo que se llama? Que yo iba en busca de trabajo... y yo iba, buscaba el mercurio... y... anda a ver esta ... partía a ver... llenaba una papeleta...era era...una oficina de correos...donde entregan las cartas... me pasaban el paquete de cartas... tenía que dejar una carta*

*aquí y otra (ríe) en Pudahuel... (Risas generales)...oye y andaba... y con esquizofrenia...”*

*“Hombre 3: Claro... mi papá nunca... nunca acepto que... si pa él no existe que... la enfermedad de esquizofrenia... eso... eso es... absurdo pa él... entonces lo único que me decía “busca trabajo”... buscaba trabajo, buscan en la oficina de correos, y andaba con la bicicleta no sé cómo nunca me pasó nada...”*

*“Hombre 2: Yo vivo en el día... ahora antes me imaginaba cosas, por el trabajo, pero ahora yo vivo el día a día nomas... no... peor... se te va la vida así...”*

*“Hombre 2: Yo no yo por ejemplo... yo... trabajo de... aquí hay varios que trabajan en imprenta, pero yo casi era casi el único que trabajaba así estable... y yo... yo he pasado Kiko y caco porque así cuando empecé a trabajar de independiente, hace quince años, eh...era terrible...”*

Es importante destacar que todos los participantes hombres realizan alguna actividad laboral remunerada, lo cual da cuenta de la importancia del trabajo en lo masculino. Si bien, el trabajo constituye según Foucault un espacio de exclusión, en este caso la exclusión no sería sobre si trabaja o no, sino que sería sobre otra sutileza en cuanto a esto respecta.

*“Hombre 6: La presidenta que está ahora mandó una ley que por lo menos en algunas empresas, tienen que tener a alguna persona con problemas... como... nosotros.”*

Las actividades laborales para personas con discapacidad en Chile, están normadas por la Ley n°18.600, la cual fue creada en 1987 y contiene una serie de regulaciones discriminatorias en cuanto a las actividades laborales que puedan desempeñar personas con discapacidad (cfr. pág. 40). Este marco regulatorio dista de proteger los derechos de las personas con discapacidad y de fomentar independencia y autonomía. Sin embargo, existen modalidades de trabajo protegido y empleo con apoyo, donde las personas pueden acceder a actividades laborales de diversa índole, siempre dentro de los empleos que se ofrezcan en

los programas. Además, pueden acceder a actividades de capacitación, las cuales están reguladas según los criterios de la OMS en cuanto al trato digno de personas con discapacidad. No obstante, estos espacios laborales constituyen una heterotopía en sí mismos, las personas pueden acceder a horarios laborales más flexibles y procesos de adaptación acordes a las capacidades de ellos, dando cuenta de una heterocronía asociada a esto (cfr. pág. 42).

Cabe preguntarse, ¿Realmente las personas lograron un espacio de emancipación en una actividad laboral? Si bien, constituye un espacio de fomento de la autonomía, sería una autonomía gubernamentalmente gestionada, una autonomía controlada la cual se caracteriza por permanecer dentro de los espacios de la libertad vigilada y controlada. Estos dos aspectos constituyen puntos sensibles dentro del discurso analizado, tanto formar una familia o ser madre, como tener y mantener un trabajo, son aspectos que contribuyen a la justificación de la existencia, al sentido de habitar el mundo y la manera cómo se logra acceder a estos espacios de emancipación.

## 6. Respeto como herramienta terapéutica

Los discursos emergentes en torno al equipo de salud y a la experiencia del tratamiento se pueden analizar desde distintas perspectivas teóricas, no obstante, surge como tópico emergente el respeto como necesidad de las personas al momento de recibir atención de salud.

*“Hombre 2: ¡Uh! Sacamos número y la tómbola y Uh... el 345!”*

*“Mujer 1: Ir a buscar un número para el SOME y para... Para timbrar los papeles, 130... 200 iban recién en el 30... o sea... Son como 4 o 5 horas...”*

*“Hombre 4: Que cuando llega... ya y después... antes... o sea ahora no hay que esperar mucho pero... antes uno llegaba... a las nueve de la mañana... y tenía que esperar hasta las 11 que nos... que atendiera el doctor... se demoraba... -Hombre*

*1: en ¿Urgencia?-Mujer 1: ¡Sí! ¿En urgencia?-Hombre 4: No, pero para él era normal es común...”*

*“Mujer 1: No... no siempre es el mismo médico. -Hombre 1: Van variando.”*

*“Mujer 3: Está mal porque en cambio el médico que nos ve todos los meses sabe... nos protege y todo... en cambio el médico nuevo tiene que estar preguntando todo...(…) Y a veces es mala onda y... no sé qué remedios tomo porque en verdad, mi hermana se preocupa de eso... entonces pa mi es... como malo.”*

*“Hombre 2: A mí por ejemplo... me ve una... me cambiaron a otro doctor... una doctora que... y... me dijo... “te voy a... tal doctora que te vea ella, tu vai bien encaminado... tomái olanzapina y fluoxetina y ella te va a encaminar” ... por algo... con eso me he sentido bien, con olanzapina y la fluoxetina.”*

*“Hombre 4: A mí también me ven cada tres meses”*

*“Hombre 4: Siempre pasa eso, uno llega y te dicen que no va a venir el médico y te pasan la receta.”*

*“Hombre 4: En la ventanilla nos pasan la receta y nada más.”*

*“Mujer 1: Es que en la salud pública es así... porque en la salud particular... tu pagai y te puedes comprar los remedios, todo eso...”*

Los equipos de salud son los encargados de, en cierta forma, traducir y aplicar las directrices propuestas en el Plan Nacional de Salud Mental (cfr. pág. 35). La misión del equipo de salud es realizar los esfuerzos posibles para que las personas puedan acceder a una atención de calidad y respondiendo a sus necesidades. Si bien, no es una tarea fácil, se simplifica bastante cuando se tienen en cuenta variables que hablan más de las relaciones humanas que las que contienen mandatos institucionales.

Pareciera que los participantes logran adaptarse a los criterios de aceptabilidad de ciertas conductas o tratos en el contexto de atención en salud (cfr. pág. 19). Sin embargo, adaptarse

no implica necesariamente no tener una postura crítica al respecto. Pero ¿Qué sucede con estos discursos que dan cuenta de la percepción de una atención despersonalizada y fría? El Manual de Procedimientos Clínico – Administrativos del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental Hospital Clínico Dr. Félix Bulnes Cerda 2015 – 2018 (Anexo 5, pág. 5) y de acuerdo a las proyecciones que se plantean como unidad, definen tres líneas de acción: 1- reinserción del Servicio de Psiquiatría a la red de Salud Mental Occidente. 2- construir un nuevo Hospital General y un Servicio de Salud Mental y Psiquiatría con 50 camas. 3- mantener el trabajo docente asistencial, con dedicación especial a la población rural, población en condiciones de pobreza en contacto con la inter red, con familiares y organizaciones de apoyo.

Específicamente, la misión del Servicio de Salud Mental y Psiquiatría del Hospital Félix Bulnes es:

Somos un Servicio/Departamento Clínico, comprometido con su comunidad, centrado en la satisfacción de las necesidades de salud mental de mayor complejidad de nuestros usuarios, en forma cálida, oportuna y eficiente, integrando las actividades asistenciales con las docentes y comunitarias, con una mirada participativa, interdisciplinaria, flexible y en búsqueda de la excelencia (Anexo 5, pág. 6).

En términos generales, pareciera que existe una consideración de querer mejorar el servicio, al menos en cuanto a las condiciones estructurales. Más allá de la definición de la misión del servicio – y la clara confusión entre misión y visión – y la conjunción de los objetivos planteados con anterioridad (Anexo 5, pág. 8), pareciera que la búsqueda de la excelencia tiene más que ver con las actividades intra equipo, como reuniones clínicas, llenado de ficha clínica del paciente o incluso la aplicación de escalas de evaluación de suicidabilidad, que con la atención directa de pacientes. Desde hace más de treinta años que se han ido implantando en el mundo una manera distinta de concebir la salud mental, con estrategias

diferentes en torno al cuidado de las personas. Una de ellas, y quizás la más importante, es la Continuidad de Cuidados, la cual implica básicamente que el usuario conozca a su equipo de salud y mantenga atenciones con los mismos profesionales durante todo su tratamiento. Para Ana González Rodríguez (2011), la continuidad de cuidados constituye la mejor forma de entregar cuidado a personas con trastornos mentales severos, partiendo desde el vínculo como aspecto fundamental en la entrega del cuidado.

Ahora bien, el discurso de los usuarios apuntó hacia las ventajas de mantener atenciones con un mismo médico, como también las dificultades que se presentan en términos de la logística de la entrega de los servicios. Las horas de espera es un problema generalizado en salud pública, que obedece al bajo presupuesto que se entrega a salud mental anualmente, no permitiendo realizar nuevas contrataciones que permitan descomprimir a los equipos en cuanto a la cantidad de personas o casos que deben atender.

Por otro lado, pareciera que existe una postura de resignación en cuanto al trato que reciben. Ninguno manifestó el deseo de querer reclamar o exigir su atención. Desde la promulgación de la Ley 20.584 que Regula los Derechos y Deberes que tienen las Personas en Relación a las Acciones vinculadas a su Atención de Salud (cfr. pág. 34), las personas tienen derecho a ser atendidos por un médico cuando corresponde su citación, pudiendo realizar un reclamo sin desmedro en el trato futuro ni en su tratamiento. Sin embargo, las personas no están dispuestas a tomar el riesgo, por lo que estas acciones de maltrato hacia el usuario pasan prácticamente desapercibidas. ¿Qué sucederá que las personas no desean exigir una buena atención y se conforman con lo que le entregan?

Una explicación puede ser tomada desde un discurso citado anteriormente, donde se plantea que la Salud Pública es así porque no se paga, al permanecer esta creencia en las personas, se abre paso a la conformidad porque, al final de cuentas, esta atención es gratis y no existe el derecho a reclamo. Otra explicación puede ser que, cuando han reclamado, han sido tratados peor que antes. Cualquiera de las dos explicaciones dan cuenta de una cosa en común: las tecnologías de gobierno descritas por Foucault (cfr. pág. 18) operan de manera exitosa en este contexto. La objetivación de la persona como una patología andante, sin

emocionalidad ni necesidades más allá del medicamento y la posibilidad de decidir sobre sus propias acciones, pero bajo una lógica impuesta por la dominación.

El acto de sólo entregar la receta y no atender a la persona, puede ser visto como el proceso de subjetivación que describe Nikolas Rose (cfr. pág. 26), el cual ha permitido repensar a la persona como ciudadano biológico, el cual ha recodificado sus obligaciones, derechos y expectativas en torno a su enfermedad y su vida. Pareciera que, desde esta lógica, lo único que necesita un paciente de salud mental es una receta para que retire su fármaco y nada más.

El concepto de hiperrealidad de Baudrillard podría dar luces de lo que está sucediendo en cuanto a la atención (cfr. pág. 51). El autor plantea que la realidad es una proyección de sentido de los seres humanos. Este sentido puede verse excedido cuando la realidad sobrepasa los límites establecidos, entiéndase en este caso que el sentido de un servicio de atención de salud mental es justamente atender a las personas de acuerdo a su malestar, y que la realidad excedida son las demandas institucionales en cuanto a rendimiento de atenciones, cumplimiento de metas cuantitativas, rendimiento de estadísticas y cantidad de diagnósticos realizados. Al entrar en el terreno de la hiperrrealidad, se pierde el sentido y la realidad, por tanto la hiperrrealidad ya no es producto de la proyección del objeto. Así, el ejercicio de la psiquiatría, al perder la esfera de sentido, ingresa en el terreno de la hiperrealidad y se convierte en un objeto extático quedando fuera de sí. En otras palabras, ya no hay seducción sino que mera producción. Lo que queda entonces, es una estructura que asegura protocolos de atención y plazos, pero por fuera de lo que comprende la atención misma o la razón de por qué esta persona debe ser atendida. Esta estructura hiperreal no considera el malestar, sino que sólo considera lo que un saber experto puede decir de lo que al otro le pasa y qué es lo que el protocolo reza sobre cómo hay que tratarlo.

Finalmente, la casi inexistencia del vínculo no permite que el espacio donde se realiza la atención sea menos amenazante, considerando que las deficiencias estructurales en salud pública (tanto físicas como gubernamentales), obstaculizan de alguna manera la mejora de la atención. Sin embargo, el respeto es un recurso inagotable, en el sentido que no se

necesita un presupuesto económico ni material para poder utilizarlo. Por medio del respeto es que se puede acceder a la construcción de un vínculo, el cual vaya marcando el camino hacia el momento en que usuarios se sientan sostenidos por su equipo de salud. Y no sólo por el equipo únicamente, sino que la comunidad debe reconocer que existen problemáticas de salud mental y propiciar un ambiente que logre sostener a estas personas para que puedan ocupar nuevos espacios. Este reconocimiento es posible sólo si el respeto es considerado como la base en la que se establecen relaciones.

#### 7. El futuro, *Carpe Diem* y otras proyecciones

Como revisamos anteriormente, el sentido es lo que sostiene la existencia del ser humano en el mundo y permite justificarla (cfr. pág. 45). Por lo cual, el sentido tiene directa relación con la proyección que hacemos de nosotros mismo en cuanto al futuro. Invitar al otro a pensar sobre su futuro abre espacios de diálogos entre las proyecciones de sentido en torno a la sociedad, la experiencia con su tratamiento y la imagen de sí mismo. Surgieron diversos discursos en torno al futuro y a las expectativas de sí mismo, además de las expectativas al respecto la ciencia o la medicina. Las primeras enunciaciones al respecto evidenciaron una postura orientada hacia vivir el día.

*“Hombre 5: No lo pienso... - Mujer 1: Yo tampoco... - Hombre 5: No... yo vivo el día.”*

*“Hombre 4: Lo único que digo yo que... tengo que hacer ejercicio...”*

*“Hombre 1: ¿En cinco años más?... a ver... yo creo que mejor. No sé, realmente no lo sé... pa qué le voy a mentir...”*

*“Mujer 3: Yo en realidad no me imagino mucho. - Moderador: ¿No lo piensas? - Mujer 3: No, me da miedo. - Hombre 1: Le da miedo... - Moderador: ¿Por qué te da miedo? - Mujer 3: Porque... me da miedo de... seguir enferma... no sé... esas inseguridades que tengo... y las pifias que tengo... -Hombre 1: ¿Las pifias? - Hombre 2: ¡Todos tenemos pifias! (ríe)...”*

La heterocronía es una de las características de las heterotopías según Foucault (cfr. pág. 42). La existencia de una temporalidad distinta da cuenta del lugar que habitan los participantes. No pensar en la temporalidad es una forma de estar detenido en cuanto a la existencia, de una u otra manera, el sentido se encuentra desprovisto de su dinamismo característico, no permitiendo a las personas realizarse preguntas sobre sí mismos, evidenciando una proyección de sentido desde la atadura (cfr. pág. 48). La subjetivación ha construido un sujeto estático en el tiempo y en cuanto a sí mismo, respondiendo a los estímulos ambientales más que planteándose posibilidades. No hay espacio para la seducción, pues el sentido se encuentra inmovilizado, son sujetos que habitan sólo la pura producción. En palabras de Deleuze y Guattari (1985) “el esquizofrénico aparece [...] desde que se le hace jugar en el vacío hasta el infinito” (pág. 32).

*“Mujer 1: Yo voy a estar en cinco años más... voy a estar mejor... voy a mejorar... voy a tener más experiencia... todo eso...”*

*“Hombre 3: Científica y tecnológicamente... tecnológicamente los médicos van a construir un... un... - Hombre 2: Un mundo mejor... - Hombre 3: Una pastillita para que se mejore de la esquizofrenia...”*

*“Hombre 4: eh... no se po... me... así cuando me fijo... me imaginé... he... esbelto... sin guata... (Risas)... Con las pastillas así como más... más... más... así como mucho más estable y me veo como habiendo estudiado algo no sé... donde me gusta siempre estudiar y aprender cosas... “*

*“Mujer 2: Sabe que en cuanto a la fe que tengo... lo que me imagino y que me pone bien contenta así... es... una sociedad que pueda... he... quitar las enfermedades, bajo un gobierno justo con Dios... así que eso es yo creo que capaz que sea un futuro sano...”*

*“Hombre 6: Yo... he... yo creo... yo quiero estar bien... he... estando bien en mi tratamiento...haciendo cosas.”*

Desde la perspectiva de Han (2012) y la Sociedad del Rendimiento (cfr. pág. 31), podría decirse que, a pesar de ser personas que habitan una heterotopía, de alguna manera se configuran como sujetos de rendimiento, donde el exceso de positividad, donde todo es posible los confronta con la idea que las posibilidades de ellos son más acotadas. Se constituyen como sujetos de rendimiento no necesariamente en lo laboral, sino que el rendimiento asociado al cumplimiento de su tratamiento, asistir a las citas y no contradecir al equipo de salud.

Se pudo revisar desde distintas perspectivas los tópicos tratados durante el grupo de discusión, destacando aquellos que hacen referencia a la condición de habitantes de un espacio heterotópico en tensión con las exigencias de la sociedad en cuanto a su calidad de personas que también habitan otros espacios. Esto mediante la reflexión del lugar en que quedan situados las personas luego de ser diagnosticadas, tomando especial relevancia la sobredeterminación como consecuencia y el reflejo de una identidad deteriorada. Sin embargo, pareciera que muchos discursos no reflejan la condición de locura que sería esperable en un grupo constituido por personas que llevan un diagnóstico de esquizofrenia. Es más, a pesar que a muchos les hizo sentido desde el principio saber que tenían esquizofrenia, todas las demás implicancias de este diagnóstico parecieran ser incómodas y poco llevaderas. Surge un discurso crítico en torno al lugar que están determinados a ocupar, donde la voz alzada se interpreta como descompensación, la exigencia de respeto como un insulto y donde el deseo de desempeñar un rol en la sociedad está permanentemente asediado por el diagnóstico y su tratamiento.

A pesar de ocupar un lugar de exclusión, las exigencias en torno al rendimiento no quedan fuera de este lugar, lo que cual daría cuenta que esta heterotopía es permeable a los mandatos sociales y económicos que influyen en la vida de todos los que habitamos en una sociedad, independiente del lugar que ocupemos.

## CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

La presente investigación buscaba explorar la experiencia de sentido de las personas al ser diagnosticadas con esquizofrenia a través del análisis crítico de discurso emergente en un grupo de discusión. De este modo, al ir encontrando experiencias de sentido similares entre los participantes, permitiría analizar la forma en que el tratamiento es entregado, su nivel de participación, las expectativas en torno a éste e incluso proponer nuevos espacios terapéuticos.

Así, utilizando las distinciones de Holzapfel (2005) en torno a los generadores de sentido y las fuentes que lo dispensan, se entrelazan conceptos que se encuentran a la base de la forma en que se ha organizado nuestra sociedad.

Durante el proceso de análisis, se evidenciaron diversas tensiones, por un lado, el lugar ocupado por la locura en nuestra sociedad y las exigencias propias de convivir en comunidad, y por otro, los objetivos y métodos de los tratamientos en salud pública con la organización socioeconómica de nuestro país. Se analiza también, el paso desde ser reconocido como un sujeto sano hacia un sujeto enfermo y las implicancias que conlleva ser reconocido desde el déficit.

Fue posible observar a través del análisis de resultados, que la obtención del diagnóstico constituye un evento estresante que comprende un periodo de tiempo extenso, principalmente porque los síntomas comienzan de manera larvada y las personas y sus familias se demoran en consultar esto. Es por esto que el proceso que la persona debe llevar antes de conseguir un diagnóstico, por lo general está impregnado de dudas y angustia. De acuerdo a los resultados, existe una tensión entre la aceptación del diagnóstico y el rechazo a este, tensión que se iría disipando en la medida que la persona se identifica con el rol de paciente enfermo.

Además, la recepción del diagnóstico va acompañada también de recibir normas y códigos distintos que le permitirán poder comenzar a habitar un espacio *otro*, con un rol distinto a nivel social y familiar, implicando que las relaciones con los demás también cambien. Este

proceso puede durar mucho tiempo y se encuentra mediado por distintos factores, por un lado la actitud de la persona diagnosticada frente al diagnóstico, la actitud de la familia en cuanto a esto y la forma en que el equipo de salud apoya este proceso en particular. En muchas ocasiones, según lo relatado por los participantes, el diagnóstico no es entregado de manera verbal, sino que, al estar asociado a la entrega de fármacos y distintas prestaciones, el diagnóstico viene escrito en hojas de derivación o de epicrisis. Así, los sujetos diagnosticados leen la información sin el acompañamiento de un equipo o algún especialista. Es así como se evidencia en la discusión que algunos sujetos hablan del diagnóstico de la manera en que se abrevia la palabra y no por la palabra completa. Esto podría evidenciar una cierta resistencia al diagnóstico, por lo que nombrarlo de esa forma pareciera ser más cómodo.

En esta misma línea, la experiencia de sentido en cuanto a la proyección de sentido y su trasfondo, podría ir modulando la relación, el vínculo o el significado que la persona le otorga a llevar este diagnóstico. Este proceso de significación daría lugar a que la persona comience a hablar de sí mismo por medio del diagnóstico.

Sin embargo, a pesar de comenzar a habitar un espacio distinto en la sociedad, esto no está exento de tensiones. Los deseos o aspiraciones pueden permanecer intactos, quedando como lugares donde pareciera que el diagnóstico no los toca. No obstante, el deseo permanece funcionando en la persona, teniendo que lidiar con las limitaciones sociales que conlleva el diagnóstico psiquiátrico. Así, el deseo de formar una familia o tener hijos está muy presente en los discursos de las mujeres participantes de la investigación, mencionando que no fue concretado puesto que no se le permitió debido a su condición de enferma. Es por esto que la condición de ser mujer en la sociedad es más influyente en términos de deseo que llevar un diagnóstico psiquiátrico. Este diagnóstico podría el límite a la consecución de un deseo o meta sin posibilidades de cuestionamiento a esto. La ausencia de un cuestionamiento concreto a esto podría estar influida por una construcción de sí misma a través del diagnóstico. El ser madre permite ocupar un lugar concreto en la sociedad, el cual tiene funciones delimitadas y aceptadas por todos. En este caso, el

diagnóstico operaría como dispositivo de sujeción de las personas, fomentando una identidad enferma e incapaz de formar una familia.

Así como las mujeres hicieron referencia a la importancia y el deseo de formar una familia, los hombres lo hicieron en torno al trabajo. El trabajo en la sociedad permite ocupar un lugar concreto, tener una función y un rol determinado dentro de una familia. En este caso, la totalidad de los participantes hombres desarrollan una actividad remunerada, algunos con contrato y otros como independientes; algunos independientes pero con actividad formal y otros independientes con actividad informal. A pesar de estas distinciones, todos refieren como relevante el poder trabajar y tener una ocupación concreta. Sin embargo, en Chile las leyes en torno a discapacidad y trabajo son deficientes y no regulan totalmente el derecho de las personas con discapacidad a tener un trabajo y una remuneración económica como cualquier otra persona. Es por esto que, a pesar de la diferencia entre hombres y mujeres o lo femenino y masculino dentro de los discursos analizados, de igual manera se ven limitados por el diagnóstico y las consecuencias sociales de este.

El habitar una heterotopía por medio de la obtención de un diagnóstico psiquiátrico, implica ir perdiendo espacio en el lugar donde se comparte la vida con amistades y familia. El estigma asociado a una enfermedad mental no sólo impregna al sujeto mismo, sino que los familiares que permanecen al lado de él, también se ven tocados por el estigma social. Así, las redes sociales comienzan a verse disminuidas, quedando reducidas sólo a las que habitan también esta heterotopía. Este desarraigo influye en una sobrecarga hacia los familiares que quedan a cargo del cuidado de la persona, ocasionando así, un desgaste que se traduce en una falta de cobijo y de sostén. Esta pérdida de vínculos implica que todo el encadenamiento de generadores de sentido se vea afectado, dando paso a la experimentación del sinsentido y posterior búsqueda de sentido a la existencia en otro lugar. Ocupar el lugar del loco o del enfermo en la familia no permite el desarrollo de las potencialidades de un sujeto, debido a que la identificación con esa figura provee de significados asociados a comportarse como un ser pasivo y sin herramientas frente a la vida.

En la nueva búsqueda de sentido a la existencia, surge la religión o religiosidad como un espacio de protección en primera instancia. Los participantes refirieron muchas situaciones donde aluden sentirse cobijados y sostenidos por la religión, o más bien, por la comunidad religiosa. Al verse desprovistos de estos vínculos en los otros espacios que habitaron antes de la recepción del diagnóstico, los sujetos encuentran en la religión una forma de encontrar un nuevo propósito. Es interesante destacar que la religión se constituye como un espacio fuera de la heterotopía donde las personas pueden participar sin las limitaciones sociales de la enfermedad mental, constituyendo un espacio donde relacionarse con pares que no habitan una heterotopía como la que ellos habitan. La religiosidad entonces, es una forma de habitar fuera de la exclusión.

Así, pareciera que la religión proporciona una incondicionalidad a los vínculos que se establecen, permitiendo que las personas diagnosticadas con esquizofrenia se constituyan como miembros activos de su comunidad religiosa en contraposición a su rol pasivo como paciente.

En relación a este último rol, la poca posibilidad de poder decidir sobre el propio tratamiento, va de la mano con la omisión del significante como método clínico del equipo de salud. Las acciones del equipo, al estar mediadas por necesidades institucionales, comienza a omitir al sujeto y a darle prioridad a realizar acciones comprometidas con la institución, más que con el sujeto en su particularidad. Si bien, las instituciones deben estar comprometidas con el sujeto y de esta manera las acciones de los equipos serían direccionadas por este compromiso, la lógica gubernamental en salud pública no permite que el compromiso vaya en la dirección de los beneficiarios, puesto que los compromisos son en favor de la gestión más que hacia las propias personas.

Un abordaje centrado en el reconocimiento de la semiología y la obtención de un diagnóstico clínico acertado, sin desmerecer los esfuerzos que los equipos hacen por acertar al diagnóstico, no permite la construcción de un vínculo terapéutico que propicie la exploración del malestar de los sujetos y la construcción de una demanda de atención, puesto que el trabajo desde esta lógica se presenta como ciego a que los problemas de una

persona diagnosticada con esquizofrenia puede ir más allá del diagnóstico mismo, porque el malestar puede estar sujeto a otras variables que el equipo puede estar omitiendo.

Por otro lado, en cuanto al tratamiento mismo, el respeto emerge como variable fundamental en este. Se incluye el respeto en el sentido de reconocer al otro como una persona con una dolencia en particular y no como a un conjunto de semiología psiquiátrica al que hay que evaluar y diagnosticar. Al omitir a la persona como el significante del síntoma, se ignora un gran espacio de trabajo terapéutico, debido a que el tratamiento no implica sólo la entrega de fármacos, un control médico y “si se siente mal, pida hora con la psicóloga”, sino que implica que todas las instancias de contacto con las personas sean instancias terapéuticas. Sin embargo, a pesar de la crítica que surgió en los discursos de los participantes, pareciera que existe un alto nivel de tolerabilidad a situaciones donde puedan sentirse menoscabados o incómodos. Las personas han recodificado sus obligaciones, derechos y expectativas en torno a su enfermedad y cómo esta modula su vida y existencia.

En este mismo sentido, el equipo de salud tratante definió como método de evaluación de la atención, las acciones intra equipo, sin considerar las acciones directas con el paciente y la evaluación que pudiese hacer este sobre su tratamiento. Es más, la continuidad de cuidados no es mencionada como un ideal de trabajo, ni menos la derivación asistida como un procedimiento a lograr del equipo en general. Cabe destacar la importancia que la evaluación de los equipos incluyan los procesos terapéuticos más que las metas cuantitativas que pudiesen plantearse. Esta situación se condice con apreciaciones que realizan los participantes en cuanto a mantener atenciones con un solo médico siempre, reconociendo que esta variable podría influir en un servicio de mejor calidad, propiciando la posibilidad de establecer un vínculo con su médico tratante. A pesar de esto, los participantes no desean solicitar esto como demanda a la unidad que los atiende. Es importante señalar que este pensamiento es generalizado en los participantes, el cual replica la lógica de la dominación y reproduce un discurso de poder que ha sido característico de las disciplinas de la salud mental en general, donde la objetivación de las personas como pacientes enfermos, sin emocionalidad ni necesidades más allá del medicamento y sin la

posibilidad de decidir sobre sus propias acciones o incluso hacer valer un derecho fundamental de las personas que necesitan una acción en salud.

Así, es relevante pensar que, si bien es importante que los equipos se autoevalúen y revisen sus procesos intraequipo, la observación también debe estar puesta en los procesos particulares de las personas a quienes atienden. Si no, se evidencia que los procesos en salud están al servicio de las demandas institucionales más que de las demandas de las personas. Esta realidad excedida es la que propicia que funcione una estructura que asegura protocolos de atención y plazos que cumplir, y que por su rigidez característica, las personas deben adaptarse a ella y no la institución a las personas.

En este mismo ámbito, la subjetivación ha construido un sujeto estático en el tiempo y en cuanto a sí mismo, respondiendo a las demandas institucionales más que a las demandas de sí. La existencia de una temporalidad distinta da cuenta del lugar que habitan los participantes. No pensarse en el futuro es no pensar la temporalidad, es una forma de estar detenidos en la existencia, quedando así el sentido desprovisto de su dinamismo. Al ocurrir esto, las personas no tienen la posibilidad de preguntarse sobre sí como un sujeto que tiene la capacidad de cambiar, de moverse, de flexibilizar. La subjetivación ha construido un sujeto estático en el tiempo y en sí mismo, respondiendo a estímulos ambientales más que planteándose posibilidades.

Este escenario propicia la construcción de sujetos de rendimiento, no necesariamente en el ámbito laboral, sino que en el rendimiento asociado al cumplimiento de su tratamiento. Ser un buen paciente, no cuestionar mucho, aceptar las indicaciones del equipo tratante y no olvidar tomarse todos los medicamentos.

El desarrollo de esta investigación permitió plantear tensiones en torno a los tratamientos que se entregan en salud pública a personas con diagnóstico de esquizofrenia. Para poder realizar este análisis, se revisó la historia de la psiquiatría y cómo esta disciplina logró posicionarse dentro de la medicina. El saber/poder con el que se construyó una disciplina que debe estar al servicio del otro, ha teñido el quehacer de la psiquiatría y todas las disciplinas que comparten el quehacer médico en esta área. Esencialmente, las disciplinas

que trabajan con salud mental, trabajan en el continuo de normalidad – anormalidad, donde la psiquiatría plantea saber dónde queda el sitio entre lo normal y anormal en una persona o muchas personas de características similares. Este juego ha propiciado que se valide un lenguaje y métodos “terapéuticos” que no propician el desarrollo de una persona, sino todo lo contrario, una reproducción del manicomio de la antigüedad. La persona queda enjaulada en diagnóstico cuyo candado es el estigma asociado a tener una enfermedad mental. Pareciera que es más fácil empatizar con una dolencia física que con una dolencia mental, quizás porque estamos inmersos en una sociedad que responsabiliza a las personas de su malestar psíquico. Es común escuchar a las personas decirle a su familiar que está en tratamiento psiquiátrico: *“es que tu no pones de tu parte, te esfuerzas poco”*. Y esto es quizás común a cualquier dolencia mental.

En el caso particular de la locura, los espacios y los tiempos asociados a esto no se coordinan con los espacios del resto de los *no-locos*, que en términos estrictos, los *no-locos* son sólo personas a las cuales nadie les ha dicho nunca que son locos o que están enfermos. La delgada línea entre la cordura y la locura tiene que ver con la capacidad de las personas de adaptarse y someterse a los mandatos sociales. No es la intención decir que la locura es una decisión, sino que la locura podría ser una forma distinta de estar en el mundo. La diversidad es la clave de la vida en comunidad. Uniformar el padecimiento psíquico con un nombre dicho por una institución de poder, no es más que una manera de mantener un control sobre algo que ha sido calificado de dañino. La esquizofrenia es avatar de la enfermedad mental controlada, la locura es pura posibilidad.

Desdibujar el diagnóstico podría permitir emerger la novedad, un espacio donde las personas puedan decidir y elegir lo que es mejor para su vida y no lo que el equipo de salud cree saber lo que necesita el sujeto. Porque justamente esa es la función del diagnóstico, predecir absolutamente todo, incluso hasta cual es el malestar de las personas. El diagnóstico permite que la persona se identifique como un sujeto enfermo y que la sociedad tenga una razón para excluirlo.

En el análisis de los resultados, se pudo evidenciar que los malestares de los sujetos tenían más relación con lo que no les estaba permitido hacer en una sociedad que la

sintomatología en sí. Porque quizás no es el problema ver las cosas de otra manera, quizás el problema es que no hay espacio para poder vivir la vida de una manera distinta, sin sufrir las consecuencias de la exclusión. Así, denominar a una persona con esquizofrenia que no cree estar enfermo como una persona “sin conciencia de enfermedad”, es replicar una forma en que las personas deben ser sumisas ante el saber del equipo. En vez de buscar que la persona tome conciencia de una enfermedad en particular, quizás sea conveniente preguntarle si existe algún malestar en su existencia. ¿Por qué pedirle que maneje conceptos científicos?

Se hace relevante hacer hincapié en el rol de los profesionales de la salud mental, principalmente en psicología, puesto que esta disciplina en salud pública es generalmente vista como una disciplina al servicio de la psiquiatría. No es la intención de este apartado reflexionar sobre el rol del psicólogo clínico en salud pública, sino que es importante poner en tensión el rol de la psicología en el tratamiento de personas con problemas de salud mental. La psicología como ciencia social tiene las herramientas necesarias para analizar los ejercicios de poder que influyen en un tratamiento de salud mental. Así, esta reflexión constante en los equipos de salud podría contribuir a la desnaturalización de prácticas que repliquen un modelo obsoleto en el tratamiento de enfermedades mentales o malestares psíquicos. Mantener la lucidez en cuanto a la interpretación que se hace de acuerdo a la acción de un sujeto, puesto que un acto calificado de “rebeldía”, puede ser solamente un llamado de atención a que nuestra prácticas no son las mejores para las personas.

Un tratamiento centrado en las potencialidades más que en el déficit permitiría abrir espacios novedosos de trabajo. Permitir que el protagonista del tratamiento sea la persona y no los síntomas; que el éxito sea la consecución del objetivo que el propio sujeto busca y no lo que el equipo cree que es mejor para él o ella e incluso, y no por eso menos importante, que puedan vivir en sociedad sin que el tratamiento sea un impedimento para el desarrollo de sus vidas. Los profesionales de la salud mental tenemos el deber de nunca olvidar que estamos al servicio de las personas y no ellas al servicio de nosotros. Y que el tiempo en que trabajemos juntos por buscar una mejoría, la carta de navegación debe ser escrita por ellos y no por nosotros, sólo de esa manera las personas podrían encontrar su lugar en el

mundo, su propia manera de estar y de ser. Es importante poder facilitar el espacio para que las personas puedan hablar de sí mismos más allá de lo que los demás han dicho de ellos, de esta manera poder fomentar la exploración de espacios alternativos de tratamiento.

Finalmente, es indispensable seguir avanzando en la discusión sobre los derechos humanos en salud mental y cómo poder seguir incorporándolos en los tratamientos impartidos en salud pública. Esto debido a que los derechos humanos van más allá de una declaración de intenciones a considerar, sino que constituyen un propósito del ejercicio de la salud mental.

## BIBLIOGRAFÍA

- Agamben, G. (2006). *Homo Sacer: El poder soberano y la nuda vida I*. Valencia: Pre-textos.
- Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo? *Sociológica*, 249 - 264.
- Basaglia, F. (1979). La Condena de ser loco y pobre: Alternativas al manicomio. *Estructura social, salud y enfermedad* (págs. 89 - 96). Rio de Janeiro: Topía .
- Baudrillard, J. (1981). *De la Seducción*. Madrid: Ediciones de la cátedra - Traducción de Elena Benarroch.
- Calventus, J. (2008). Una aproximación al análisis de datos cualitativos textuales. Documento de trabajo - Universidad de Valparaíso.
- Cámara de Diputados de Chile. (Marzo 2013). *Departamento de Evaluación de la Ley. Evaluación de la Ley N° 18.600, Establece Normas sobre Discapacitados Mentales*.
- Campillo, A. (2000). El sujeto y el espacio. *Malleus, Revista de Filosofía*, 71 - 75.
- Castro-Gomez, S. (2010). *Historia de la Gubernamentalidad: Razón de estado, liberalismo y neoliberalismo en Michel Foucault*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores.
- Cooper, D. (1976). *Psiquiatría y Antipsiquiatría*. Buenos Aires: Locus Hypocampus.
- Criado, E. M. (1992). El grupo de discusión como situación social. *IV Congreso Nacional de Sociología* (págs. 81 - 112). Madrid: REIS.
- Deleuze, G. (1989). *Lógica del sentido*. Barcelona: Traducción de Miguel Morey. Pados.
- Deleuze, G. (1990). ¿Qué es un dispositivo? En V. Autores, *Michel Foucault filósofo* (págs. 155 - 163). Barcelona: Gedisa.
- Deleuze, G. (1991). Posdata sobre las sociedades de control. En C. Ferrer, *El Lenguaje Literario*. Montevideo: Nordan.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1985). *El Antiedipo: Capitalismo y esquizofrenia*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Escobar Miguel, E. (2013). El Dr. Juan Marconi Tassara: Impulsor de la Psiquiatría Comunitaria. *Psiquiatría y Salud Mental*, 80 - 85.
- Foucault, M. (1966). *El Nacimiento de la Clínica*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1984). De los espacios otros. *Architecture, Mouvement, Continuité* , (págs. 46 - 49).
- Foucault, M. (1999). *Estética, Ética y Hermenéutica*. Buenos Aires: Paidos.

- Foucault, M. (2002). *Vigilar y Castigar: Nacimiento de la Prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2006). *Seguridad, Territorio, Población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio, población: curso en el Collège de France: 1977 - 1978*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2007). *Los Anormales (4ta reimp)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Goffman, E. (2006). *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- González Rodríguez, A. (2011). Programas de Continuidad de Cuidados: el ejemplo del distrito de Chamartín en Madrid. *Estudios de Psicología*, 313 - 317.
- Han, B. C. (2012). *La sociedad del cansancio*. Barcelona: Herder Editorial.
- Hidalgo, J. R. (2004). De la "Sociedad Disciplinaria" a la "Sociedad de Control": La incorporación de nuevas tecnologías a la policía. *Scripta Nova: Revista electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*.
- Holzappel, C. (1998). Deleuze y el sin-sentido. *Revista Austral de Ciencias Sociales*, 95 - 101.
- Holzappel, C. (2005). *A la búsqueda del sentido*. Santiago de Chile: Sudamericana .
- Ibáñez, J. (1979). *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: teoría y crítica*. Buenos Aires: Siglo XXI .
- Iñiguez, L., & Vitores, A. (2004). Entrevista grupal . *Curso de investigación cualitativa: fundamentos, técnicas y métodos*. Documento de trabajo.
- Massey, D. (2012). Espacio, lugar y política en la coyuntura actual. *Urban*, 7 - 12.
- Mendive, S. (2004). Entrevista al Dr. Juan Marconi, creador de la Psiquiatría Intracomunitaria. Reflexiones acerca de su legado para la Psicología Comunitaria. *Psyche*, 189 - 199.
- Mendive, S. (2004). Entrevista al Dr. Juan Marconi, Creador de la Psiquiatría Intracomunitaria: Reflexiones Acerca de su Legado para la Psicología Comunitaria Chilena . *Psyche*, 189 - 199.
- Menéndez, E. (1998). Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado. *Cuadernos médicos sociales*, n° 73: 5 - 22.
- Menezes, P. R. (2000). Prognóstico da esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 18 - 20.

- Minoletti, A., & Zaccaria, A. (2005). Programa Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Rev. Panam. Salud Publica/Pan Am J Public Health* 18(4/5), 346-358.
- MINSAL. (2001). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, Republica de Chile.
- MINSAL. (2005). *Manual de Compromisos de Gestión*. Santiago de Chile: República de Chile.
- MINSAL. (2009b). *Guía Clínica para el Tratamiento de Personas desde el Primer Episodio de Esquizofrenia*. Santiago: Republica de Chile.
- MINSAL. (2014). *Evaluación del Sistema de Salud en Chile - Segundo Informe sobre la base del Instrumento de evaluación del sistema de salud mental OMS - WHO AIMS*. Santiago de Chile.
- OMS. (2011). Conferencia Mundial Sobre los Determinantes Sociales de la Salud. *Cerrando la Brecha: La Política de Acción Sobre los Determinantes Sociales de la Salud*. Rio de Janeiro.
- Pérez, J. M., & Graber, M. (2009). Trastornos Psicóticos y Esquizofrenia. En *Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur. Apuntes para uso exclusivo de docencia: Universidad de Chile*.
- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida: Biomedicina, poder y subjetividad en el Siglo XXI*. La Plata: UNIPE: Editorial Universitaria.
- Salud, O. M. (1998). *Promoción de la salud*. OMS.
- Savransky, M. (2012). Will There Be a Place for my Life?: Cities, Subjectivities and Geographies of Resistance. *Athenea Digital*, 191 - 206.
- Silva, H., & Jeréz, S. (2014). Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos en el DSM - 5. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 9 - 15.
- Szasz, T. S. (1994). *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Unidas, N. (13 de diciembre de 2006). <http://www.un.org>. Obtenido de <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497>
- Valdés, C., & Errázuriz, P. (2012). Salud Mental en Chile: El Párpado Pobre del Sistema de Salud. *Claves de Políticas Públicas - Instituto de Políticas Públicas - Universidad Diego Portales*, 1 - 10.
- Whitehead, M. (1990). The concepts and principles of equity and health . *WHO Regional Office of Europe* , EUR/ICP/RPD 414.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1

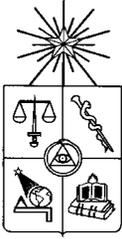
### Invitación a Grupo Terapéutico

Hola amigos, con mucho agrado te invito a participar en un grupo terapéutico con fines más que terapéuticos. Queremos lograr una independencia pensando en apoyarnos mutuamente en nuestras necesidades.

La primera convocatoria será el 15 de Diciembre de este año desde las 18 hasta las 19 horas en el COSAM.

¡Te esperamos con los brazos abiertos!

## ANEXO 2



Ud. ha sido invitado/a a participar en una investigación. El nombre de esta investigación es: *“Experiencia de sentido de personas diagnosticadas con esquizofrenia”*. La persona encargada de esta investigación es la Srta. Mariela Cortés Soto, psicóloga alumna del programa de Magíster en Psicología Clínica de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.

Nos reuniremos el día Lunes 12 de Diciembre en el COSAM Quinta Normal a las 18.15 horas.

Lo/a esperamos!

Mariela Cortés  
Rodrigo Morales

## ANEXO 3



**FACSO**  
Facultad de Ciencias Sociales  
Universidad de Chile

Magíster en Psicología Clínica

---

### **Consentimiento informado**

Ud. ha sido invitado/a a participar en una investigación. El nombre de esta investigación es: *“Experiencia de sentido de personas diagnosticadas con esquizofrenia”*. La persona encargada de esta investigación es la Srta. Mariela Cortés Soto, psicóloga alumna del programa de Magíster en Psicología Clínica de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. El objetivo de este documento es orientarlo y garantizar el resguardo de sus derechos ante la decisión de participar en esta investigación.

Esta investigación busca conocer la experiencia de sentido de personas que han sido diagnosticadas con esquizofrenia en servicios de atención pública del país. Los resultados de esta investigación podrán ayudar a comprender la experiencia de las personas al recibir el diagnóstico de esquizofrenia, como así también la forma en que viven su tratamiento. Esperamos que los resultados de este estudio aporten a mejorar las políticas públicas en torno a este tema, como también aportes hacia orientaciones terapéuticas en este contexto.

Por lo anterior, al participar, se le solicitará su opinión al respecto de su experiencia o la de otros a un investigador o investigadora, en un grupo de discusión con otras personas que accedan a participar. Este encuentro se realizará en el lugar y horario que se acuerde en conjunto con los demás participantes. La duración de esta reunión no debería exceder los 120 minutos, en la cual se realizará una grabación de audio, la cual será transcrita por un/a colaborador de este estudio.

La participación en este estudio es totalmente voluntaria. Tiene derecho a abandonar el estudio sin necesidad de entregar ningún tipo de explicación y que esto no signifique un perjuicio para Usted. Además, tiene el derecho a no contestar ninguna pregunta si así lo estimase conveniente. Es importante destacar que no existe ningún beneficio directo por participar en esta investigación.

Toda la información generada a partir de su participación será confidencial y anónima durante todo el proceso. Se utilizará un pseudónimo para Usted. La información será almacenada cuidadosamente y discutida en privado; no será conocida por personas ajenas a la investigación.

Los resultados serán publicados, en artículos o comunicaciones científicas, modificando cualquier información que permita la identificación de los participantes.

Declaro que he leído el presente documento, que se me ha explicado en qué consiste el estudio y mi participación en el mismo, he tenido la posibilidad de aclarar mis dudas y tomo libremente la decisión de participar en el estudio. Además se me hará entrega de un duplicado firmado del documento.

**Acepto participar en este estudio:** \_\_\_\_\_  
**Nombre y firma**

**Investigador:** \_\_\_\_\_  
**Nombre y firma**

Fecha: \_\_\_\_\_

Si tiene preguntas respecto a esta investigación, puede contactarse con el tutor responsable, el Psicólogo Rodrigo Morales Martínez al correo [rodrigo.morales.mz@gmail.com](mailto:rodrigo.morales.mz@gmail.com).

## ANEXO 4

### Grupo de discusión COSAM Quinta Normal 12 Diciembre 2016

#### Insumos

- Consentimiento informado (10 copias)
- Grabadora
- Coffee Break
- Lápices

#### Guion

- 1.- Indicar que cada uno diga su nombre o pseudónimo.
- 2.- Leer consentimiento informado.
- 3.- Mencionar que es probable que hayamos hablado de esto antes, pero es importante para la investigación situarlo en la actualidad.

#### Para la conducción del grupo:

- 1.- Consigna inicial: Definan esquizofrenia en una palabra
  - ojalá que entreguen más de una palabra.
- 2.- ¿Podrían contar cómo fue cuando los diagnosticaron?
  - indagar en generadores de sentido: vínculo, cobijo, atadura, reiteración, sostén.
  - ¿Qué pasó con sus familias?, ¿amigos?, gente cercana.
  - Vínculo: espacios de relación, por ejemplo.
  - Cobijo: ¿A qué se sintieron unidos? – ¿Alguien se preocupó por ustedes o ustedes por alguien?
  - Atadura: a que se sintieron vinculados y cuidados.
  - Reiteración: seguir bajo el alero de cierto sentido que nos cobija, continuamos en ello. – ¿Pensaron en cambiar de tratamiento alguna vez?
  - Sostén: temas alusivos a sentirse sostenido por algo...
- 3.- Descríbanme cómo es un día normal de atención en el hospital:
  - ¿Los atiende siempre el mismo médico?
  - ¿Qué dicen de su equipo tratante?.
- 4.- ¿Cuál ha sido su experiencia en relación a su tratamiento?
  - indagar en temáticas que tengan que ver con la evaluación y alternativas de tratamiento.

5.- Cuéntenme: ¿Cómo se imaginan en 5 años más?.

- indagar en temas dirigidos hacia permanecer en tratamiento o irse de alta. ¿Cómo se visualizan? ¿Utilizando otros espacios? Manteniendo un tratamiento, ¿o no?

6.- ¿Qué le dirían a alguien que recién fue diagnosticado con esquizofrenia?

- indagar en temáticas relacionadas con atadura, reiteración y sostén.

## ANEXO 5

Transcripción grupo de discusión

Participantes:

1. Hombre 1
2. Mujer 1
3. Hombre 2
4. Mujer 2
5. Hombre 3
6. Mujer 3
7. Hombre 4
8. Hombre 5
9. Hombre 6

**Moderador:** Comencemos entonces... Bueno si bien ustedes se reúnen habitualmente, vamos a pensar como que estamos... como que fuera otro lugar imaginemos que estamos en otra instancia, pero nosotros seguimos siendo los mismos... nosotros queremos partir con una pregunta... que me pongan harta atención y que se imaginen que palabra, qué idea se les viene a la mente cuando alguien les hace esta pregunta. ¿Ok? La pregunta inicial sería: ¿Cómo definirían ustedes esquizofrenia? ¿Qué es esquizofrenia?

Mujer 3: ¿Una enfermedad mental?

Hombre 4: No...

Hombre 1: Algo muy pesado po...

Hombre 5: mente separada...

Hombre 1: Una palabra terrorífica... así... fulminante.

Mujer 1: Sólo con tener esquizofrenia, que uno le digan esquizofrenia ya... afecta un poco.

(Todos hablan)

**Moderador:** Vamos a ir hablando de a uno. ¿Les parece?, tratemos de... de hablar más...

Mujer 2: Soñar despierto, nos pasaba que... que... yo estaba despierta, y mi cabeza pasando... pasando escenas así... de, de cosas que están pasando, pero en mi mente... y estoy con los ojos abiertos.

Hombre 1: el otro día cuando... cuando... me imagino esa palabra me acuerdo de una película en el cine que se llamaba “Esquizofrenia sexo asesino”... (Risa de otro) y la palabra esquizofrenia así como desgarrada así como llena de sangre.

**Moderador: Y en una palabra Hombre 1 cómo lo dirías**

Hombre 1: ¿Esquizofrenia?

**Moderadora: Si...**

Hombre 1: Es algo casi insoportable... (Voz algo agónica, agotada).

**Moderadora: Insoportable**

Mujer 2: Es como locura.

**Moderador: ¿Alguien tiene más ideas? ¿Qué palabras se le vienen?**

Hombre 2: La esquizofrenia... la defino la de una enfermedad mental... que... que trastorna... la mente...la...mmm... como se llama esto... so... subyuga la mente la esquizofrenia.... La... la... maltrata

**Moderador: La maltrata... ¿Hombre 4?**

Hombre 4: Cuando dicen esquizofrenia... lo primero que... se me viene a la mente es como...

Hombre 1: Sangre

Hombre 4: Como desorden como...

Hombre 1: Locura

Hombre 4: Como desorden, algo desordenado... claro

Mujer 1: Disociación...

Hombre 4: y... y después... es como pensar lo que uno siente... que tanto esquizofrenia como tantos males son todos mentales así que... son... lo mismo...

**Moderador: ¿Tú dijiste disociación Mujer 1?**

Mujer 1: si porque... tener esquizofrenia puede ser em... menos grave y otras más graves o sea... depende de... lo que le pase a la persona... por ejemplo para mí la esquizofrenia es algo no es tan grave como en otros casos... entonces...em... hay gente que está mucho peor que uno... Entonces... en una palabra yo diría que esquizofrenia es... es algo... terrible como una depresión bipolar.

Hombre 4: recuerdo una vez que escribí... en la... asamblea... cuando todos hablaban y decían...y supuse... esto es como una esquizofrenia... como que todo es puro desorden...

**Moderador: Ah... En un acta pusiste...**

Hombre 4: claro estaba... o sea o sea no... se me viene a la mente que es como un desorden, que todos hablaban y no había como un orden así... entonces... puse... es... es una esquizofrenia... el momento ese en que...

**Moderador: Lo pusiste como sinónimo de desorden...**

Hombre 4: Claro, desorden como...que... claro.

Mujer 1: Como decir y pensar las cosas pero de otra manera...

Hombre 3: Tiene varias direcciones... ataca los sentidos, ataca los sentimientos...

Hombre 2: Depende *po*, depende porque en mi caso yo sufrí maltrato psicológico en el trabajo y eso se extendió en... en la...a la casa cuando vivía con mis papás *po*... y eso fueron... más de diez años... entonces yo... he... Aguanté. ¿Cómo pude haber aguantado tanto? ... Y dije no sé porque yo porque producto de eso ...y ... y ... y... como se llama esa se me fue la idea ... que ... producto de eso... bueno es que yo tenía el problema de antes... yo, desde los veinticuatro... pero...

**Moderador: Vamos a ver las historias de cómo son sus historias de los diagnósticos, justamente eso... pero antes de pasar a ese punto, veamos si alguien más falta que defina...**

Hombre 6: Bueno yo pienso que la esquizofrenia es algo... como para que uno...tome... conciencia de lo que ha vivido en la vida... porque en la vida... igual, hay puros obstáculos... y esta esquizofrenia es un obstáculo para la persona que mmm... que la tiene mmm ... y que la ha sufrido. Nosotros sentimos... pero... sentimos las cosas, aparte de la esquizofrenia... Y por mi parte de repente estoy enfermo y no sé si es...a... por la esquizofrenia, o porque me estoy enfermando de algo más. Porque aparte de la esquizofrenia que llevo, que para mí es como un peso (se emociona)... me cuesta salir de mi casillero... he... trato de buscar la paz. Y estar bien... con Dios...

**Moderador: Gracias Hombre 6, ¿Alguien más falta... que defina...?**

Hombre 1: El Hombre 5...

**Moderador: ¿Hombre 5?**

Hombre 5: Ya, ya, ya... la esquizofrenia para mí era como... como una "alambrada"

**Moderador: ¿Qué es eso?**

Hombre 5: Una alambrada como la mente que estuviera...en un... en un centro de concentración

**Moderador: Como en un centro de concentración.**

Hombre 5: Hmmm.... Y se ven cosas y tantas cosas y uno no tiene que ver esas cosas... y escucha voces... y todo eso... eso... no lo deja tranquilo y uno... y uno quiere salir desea alambrada y no puede....

Mujer 2: Es verdad eso...

Hombre 2: Yo por lo menos yo contaba...yo le conté a Mariela Cortés... que... yo escuché una pura vez en el mil nueve noventa y cuatro... escuche... que me ... que cuando me caí... cuando caí así en el así problema mental... psicológico... que una luz me dijo, ah eres “vivo” y dije... ha este es el Diablo... y después de eso... antes... yo nunca escuché... y después de eso pasaron como... veintisiete años hasta ahora de nunca más escuché... peor no es que yo diga que... que lo digo por... *pa* andar desmarcando aquí con todo el grupo, no... sino que...

**Moderador R: ¿Y por ejemplo cómo la definirías tú la esquizofrenia?**

Hombre 2: Es un...

**Moderador: En una palabra...**

Hombre 2: Es...es un desorden... psicológico. Porque uno... oye lo mismo... que ha escuchado... a un... A una persona... de las noticias, de la radio... que... que pasa con... la materia...al actuar uno... al...al decir las cosas... porque eso se desordena, la parte central del cerebro... eso es lo que manda, las demás... regiones, los ... no soy neurólogo, no sé nada de eso. Mandan las regiones al cerebro a la parte... lo mismo que... el cerebro está dividido en dos partes, entonces ahí me pillaron si cual... si, será malo o bueno... que eso mismo yo mismo me pensaba que unas partes se va... el pensamiento algo *pa* la... *pa* la memoria, otro para la... para la...

Mujer 1: La fase motora

Hombre 2: Claro, distintas... aspectos sensoriales.

**Moderador: ¿Quién falta... ¿Mujer 3?**

Mujer 3: Yo hablé... de las primeras.

**Moderador: ¿Habló? ¿Y cuáles fueron sus definiciones?**

Mujer 3: Eh... una enfermedad mental.

**Moderador: Ah, perfecto...Se te ocurre otra palabra...**

Mujer 3: Eh... desorden...

**Moderador: Desorden...**

Hombre 3: O sea... cuando... (Lo interrumpen)

Hombre 5: Desorden de los pensamientos...

Hombre 3: Cuando la sangre entra al cerebro se producen los pensamientos... y de ahí se produce el estado de psicosis...

**Moderador: Ya...**

Hombre 1: Claro... que se viene la locura absoluta...

Hombre 3: (risa suave)

Hombre 5: Eh... también se cortan unas venitas aquí... en la... en la cabeza.

Hombre 4: Aquí... en la corteza.

Hombre 3: Si en la cabeza

Mujer 1: Si... la corteza cerebral...

Hombre 5: Son... son... cables que se cortan...no... no, no, no van a... directa la comunicación que tiene que...que... entonces ahí... se empieza a... (Lo interrumpen)

Hombre 1: Yo pienso que es producto de la sociedad...

**Moderador: Yo te iba a preguntar, es que me interesa...esto es que: ¿Han escuchado lo que dicen? ¿Es lo que ustedes creen? ¿Es lo que les han dicho?**

Hombre 3: Es lo que... es lo que...

Hombre 1: (fuerte) ¡Es lo que hemos aprendido!

**Moderador: Escuchemos los comentarios...**

Hombre 1: En los últimos años...

Hombre 3: Toda enfermedad mental se desarrolla por el miedo de la angustia...

Hombre 5: Si... eh... yo pienso que es como...como... “un cuchillo pero de la enfermedad”

Hombre 1: Yo opino lo mismo...

Hombre 3: ¡Claro! No se...

Hombre 1: Mmmm

**Moderador: Eso describe... lo que es para ustedes la esquizofrenia. Porque a mí me podría decir la esquizofrenia... y poner una definición...pero... ustedes: ¿cómo se la viven?...como una prisión, como un alambrado... como...**

Mujer 2: Yo...

Hombre 2: Yo no yo por ejemplo... yo... trabajo de... aquí hay varios que trabajan en imprenta, pero yo casi era casi el único que trabajaba así estable... y yo... yo he pasado *Kiko* y *caco* porque así cuando empecé a trabajar de independiente, hace quince años, eh...era terrible porque pensaba que... que la persona que yo tenía en... no en el trabajo pero otra persona... yo pensaba que me estaban siguiendo porque hablaban por celular y yo "ahh te están .... *vamoh* a cargarle..." y cosas así... y... pero eran puros rollos porque... me estaban discutiendo la realidad y terrible porque no se lo deseo a nadie...

**Moderador: Y entonces... siguiendo más o menos lo que Hombre 2 está hablando, a nosotros nos gustaría saber...em... si cada uno nos pudiera contar brevemente como fue cuando a ustedes les dijeron que tenían esquizofrenia. La historia de eso. Traten de... buscar una imagen en sus mentes del momento...cuando a ustedes les dicen, los diagnostican... "Señor, señora, señorita, usted tiene... esquizofrenia.**

Hombre 3: Medio paranoide en el momento, yo quedé catatónico en el psiquiátrico.

**Moderador: Y fue... es importante por ejemplo cuando nos cuenten eso nos digan que estaba hospitalizado... o me llevó por mi familia, o estaba sentado... como fue...**

Hombre 3: En mi caso yo... salte el portón... el portón de la casa... entré a la casa de mi amigo, se estaba fumando así un pito. Me dijo "¿Querí Hombre 3?" Y yo le dije ya *po*, y lo empecé a fumar y a fumar y de repente "*pafff*"

Hombre 1: Te fuiste a...

Hombre 3: (continúa)...y... empecé a sentir cuestiones que nunca había sentido...cosas pero... y me quedé quieto así...y como que me... no me daba cuenta que me estaba... o sea... mientras me daban...o sea mi enfermedad es emotiva...la... las emociones... la enfermedad me... me jodieron las emociones...

**Moderador: ¿En qué minuto supo Hombre 3 que era una enfermedad?**

Hombre 3: Me llevó al médico mi mama, el médico... me pusieron en una,... en una... ¿Cómo se llama? ... en una sala con personas.

Mujer 3: En una junta médica

Hombre 3: Un junta médica... y la señora que estaba al lado hablaba contada esto contaba esto otro... que pasaba aquí, que pasaba allá y se puso a llorar, y yo empecé a hablar y el médico dijo: no le entiendo nada... (Ríe) y de ahí el médico diagnóstico esquizofrenia paranoidea...

**Moderador: ¿Y usted estaba solo?**

Hombre 3: Con mi mami

**Moderador: ¿Y qué pensó usted...?**

Hombre 3: No sé... yo estaba feliz que... que a mi me vieran los primeros médicos porque estaba tan enfermo que nadie... Nadie me ayudaba... iba al psiquiátrico...y en el psiquiátrico me decían: “no tiene atención aquí de... porque su papá es militar”. Me tuve que volver a la casa ... me quedé *pegao* con la enfermedad... con la enfermedad me... me bajó un estado de angustia que yo lo único que veía...

Hombre 1: De depresión...

Hombre 3: Así andaba así... la gente me miraba *hueon*... “que le pasa”... y aquí en el pecho sentía una... una... una emoción...entonces no... no se... no... ahora...quien... ahora... no sé si uno se podrá mejorar de esta enfermedad... no creo...

**Moderador: Vamos, vamos a ir a ese punto...ahora volvamos a esos momentos iniciales... cómo recuerdan la imagen de cuando les dijeron que ustedes tienen...**

Mujer 1: Yo... bueno

**Moderador: Mujer 1?**

Mujer 1: Bueno yo estaba estudiando en la Universidad Austral en Valdivia... y la primera vez que iba a hacer mi práctica profesional en un colegio... básico... y... bueno y ahí... eh... me toco hacer la práctica y no la pude hacer porque...eh... mi problema o sea...lo primero que... que le dije al doctor... porque en ese momento el... psiquiatra de la universidad no estaba, andaba en un curso...en qué cosa... entonces me vio un médico de medicina no más... “Qué pasa, ¿Qué le pasa?... no es que me tocaba la práctica profesional y...¿Y cómo se llama?...no puedo y ando ansiosa, ando así como...*acelerá*...y el doctor me dijo “ya... reacción ansiosa depresiva...” y y mira oh... mi compañera que iba pasando le digo “mira Elí lo que me diagnosticaron” y me dice “así tan mal...?” y ella me dijo “no te *sugestioní*” me dijo... “si a lo mejor no *teni* nada”... entonces ahí empezó o sea... empecé como ah... enfermarme claro... después volví a hacer la práctica... pero ya no era la misma... habíamos ido a un psiquiatra así... particular pero no muy caro... entonces ahí había... una psiquiatra que se llamaba... ¿Cecilia parece?... y dijo... me puso “esquizofrenia paranoidea”... “esquizofrenia no se cuanto...” y yo decía *bah*...

Hombre 3: Paranoide catatónica

Mujer 1: Ah no se... no me acuerdo... así que ya ahí... y después... y cuando... dijeron que tenía esquizofrenia... como que estaba más... como más tranquila o sea... no, no fue tan fuerte para mí...pero... y después sufrí angustia... depresiones... y bueno después de mi examen de grado y ya no era la misma... totalmente así enojada... fue a dar mi examen de grado... no tome conciencia... no estudie mi ... mi tesis ni ninguna cosa...y ahí ya dije... ay que voy a estar yendo... incluso llegaba atrasada a las clases... al final me pusieron un cinco. Y... *yapo* y después volví a hacer el examen de grado... Reprobada... ¡Reprobada! No le doy a nadie a nadie de lo que... lo que sufrí ese día... entonces... mis profesores y profesora guía, Carmen Gloria Ibáñez y mi profesor también que estaba ahí en el examen... Jaime Hernández me dijo... ¿Pero y porque llora tanto? “¿Pero cómo no voy a llorar dije yo... acabo de reprobar mi examen de grado!...”Ay me dijo pero si... Si se perdió la batalla” dijo “pero no la guerra”... uy yo llorando, llorando... me dijo “¿Usted estaba en tratamiento psiquiátrico? ¿Algún tipo de tratamiento?” sí le dije yo...”ya me dijo tráiganme un certificado que usted está...haciendo su examen de grado con... con...enferma y o “sugeriría” que está de alta... o sea cosa que claro que pueda que estaba apta para dar... (La interrumpen)

**Moderador R: Y en ese momento, perdón Mujer 1, ya cuando usted ya dio su examen de grado... ¿Ya le habían dado el diagnóstico de esquizofrenia o fue después?**

Mujer 1: Eh... fue... como le decía fue en un policlínico...

**Moderador: Ya**

Mujer 1: Porque cobraban barato por allá por la alianza... Cerro Navia...

**Moderador: Pero a usted le habían dado el diagnóstico y después se fue a dar el examen de grado...**

Mujer 1: Claro... pero yo no él creía mucho a la doctora mucho que tenía esquizofrenia... porque no, no, no sentía que me había pasado *nah*...cuando... cuando estuve... Cuando yo volví después...ahí... íbamos... o sea la doctora me dio los papeles y todo y no... no los usaba... nos sé que me pasó nunca quise volver...

**Moderador: Muchas gracias... vamos a avanzar en eso... ¿Quién más quiere contar? Mujer 2 y después Hombre 4.**

Mujer 2: Eh... cuando a mí me... me diagnosticaron... me llevó mi mamá y mi hermana... mi hermana... tuvo primero una enfermedad mental que se llama trastorno de la personalidad... entonces yo estaba muy mal así...no sé qué sentí bien... no me acuerdo y mi hermana la dice “mamá lo que la Mujer 2 tiene... es mental...”. Me llevó al Felix Bulnes al segundo piso y yo decía no, no...si no puede ser eso... y mi mamá... fue tanto... y yo no sé qué fue lo que hacía yo... no... no me acuerdo... mi mamá debe acordarse, y lo que me acuerdo, la parte que me llevaron al segundo piso y fue la primera vez que pise ese lugar... y el doctor... eh. Cortés... él eh... se acordó de que yo... había ido yo más chica... a los 17 años... y que él ya me había dicho que yo tenía esquizofrenia... parece que tengo

un enredo ahí... pero... lo que si me acuerdo bien es que yo... me costó mucho aceptar que tenía esquizofrenia. O sea... *pa* mí... yo no tenía esa enfermedad, y eso me lo habían diagnosticado solamente... los doctores como una excusa para tener enfermo, a quien atender y poder... que le pagaran como médico.

**Moderador: Y a quien Mujer 2 le... le incomodaba?**

Mujer 2: (risa nerviosa) Es que yo no creía que tenía esquizofrenia... nunca creía nunca creí... y yo no me tomaba los remedios...decía “no no tengo esquizofrenia”. Era una... “ellos, ellos quieren tener un trabajo”... que uno tenía que estar con psicólogo y y psiquiatra y para justificar su trabajo a uno... la diagnostican.

**Moderador: Y algún momento después usted dijo... ¿En realidad tengo esquizofrenia?**

Mujer 2: ¿Sabe cuándo? Cuando... cuando quedé hospitalizada... ahí... ahí yo dije sí... Es verdad o sea... porque después yo dejaba los remedios y me volvían ah... y estuve varias veces hospitalizada. Entonces, estaba hospitalizada porque estoy... realmente enferma y ahí empecé ya a tomarme, realmente en serio y yo dije sí... y después empecé a tomarme los remedios como debe ser... ahí desaparecieron las voces, y dije oh... debe ser verdad que tengo esta enfermedad... fue ahí pero me costó...

**Moderador: ¿Pasó mucho tiempo? ¿Cuánto tiempo pasó entre que le dijeron que...?**

Mujer 2: No... que me hiciera responsable, porque... como no creía... años yo creo....

Mujer 1: ¿Puedo decir...? Eh... yo tampoco aceptaba mi enfermedad y no comprendía que la tenía... entonces después cuando estaba haciendo mi práctica. yo estaba viviendo en un hogar. Y ahí tuve ahí... una... me imaginé una... un episodio de trastorno... de trastorno... ¿Así?... y... sobre el Cristo pero no sé si iba a venir así... y como yo me había apegado a la religión cuando me enfermé... yo... decía: ah tengo que estar más cerca de Dios y empecé a pensar pensaba y ahí casi... casi me trastorné... después otra vez igual en Santiago estuve como otra vez igual como tres veces así... otra vez en Valdivia me imagine igual una cruz así puras cosas...

**Moderador: ¿Y ahí fue aceptando?**

Mujer 1: Ahí yo lo acepté si...

**Moderador: ¿Esa es la palabra? ¿Aceptando?**

Mujer 1: Yo pienso que si *po*... porque uno puede conocer la enfermedad pero no aceptar...

**Moderador: Pero cuesta aceptar....**

Mujer 1: Si, cuesta.

Mujer 2: ¿Sabe qué? De las crisis de pánico... no sé... que quisieran pero era una cosa... que se siente muy mal uno... y yo la tenía... y yo... no si de verdad la tenía... la enfermedad.

**Moderador: ¿Hombre 4?**

Hombre 4: Eh... yo... bueno siempre desde que me acuerdo como a los 12 años me daban depresiones... y pero igual... me preguntaban que tenía... y yo no nada... entonces, ya después en el '99 bueno estudie allá el '99 estudie aquí en Chile el primero y segundo en la nocturna... y me iba bien y ya después estudie todo el año, a veces me quedaba hasta tarde haciendo tareas y esas cosas... Después como no me acuerdo si noviembre o diciembre empecé a... con depresión... y de ahí no me acuerdo si me llevaron no sé si con psiquiatra, psicólogo...y... queda...porque soy evangélico... y de ahí... me empezó a dar unos remedios... y yo no quería que mis papas me compraran remedios... porque... porque... a la liga de la epilepsia... entonces yo no quería que gastaran plata en remedios... como que existía como una presión que tenía siempre asociada a una... a comprar remedios...no quería que compraran... y eran caros más encima... entonces ya después...(lo interrumpen)

Hombre 1: ¿Tenían que comprar fenitoina?

Hombre 4: No sé de qué...

Hombre 4: No... no... y...entonces ya me daban los remedios, me acuerdo que un día no me... no me daba sueño, me había tomado los remedios y no me daba sueño... entonces me di un café le eché pisco y me lo tomé...

(Risas)

**Moderador: ¿Y eso Hombre 4 lo había tomado para que le diera sueño?**

Hombre 4: Es que andaba por... por las seis de la mañana en Matucana... mi mamá tenía, que como mi papá trabaja de noche por allá por el persa, tenían que ir a buscar mi padrino mi mamá para que me fueran a buscar... porque antes yo llamaba a de por allá.

(Risas)

Mujer 1: Jajajja “vengan a buscarme”...

Hombre 4: jajaja claro

**Moderador: Si... ¿termino Hombre 4? ¿Quieres agregar algo más? Para darle la palabra a Hombre 3.**

Hombre 4: Si... y ay y después me llevaban al consultorio y botaba todo lo que estaba en el escritorio, me metía a los computadores (ríe) (el grupo reacciona con impresión y riéndose)

Mujer 2: Oh!... Es que lo que tomaste Hombre 4...

Hombre 4: Y después...un carabinero le dijo que no podrían hacer nada, que me llevaran a... a avenida la paz. Y ahí que me internaran... me hospitalizaron el año 2000... en enero...

**Moderador: Ya...**

Hombre 4: Si...en enero, hasta marzo

Hombre 1: ¿Qué año fue eso?

Hombre 4: En el 2000

Mujer 1: ¿Tres meses?...

Hombre 4: en el 2000... y de ahí eh.... ya me... y nos hacían como... no sé qué día... miércoles jueves...que hacían... como todos los médicos iban por las camas así...

Mujer 2: ah ...

Hombre 1: Rondas, las rondas...

Hombre 4: Y decían que él no se *cuantito*...

Mujer 1: ¡Ah mira!

Hombre 4: Trastorno no se *cuantito*... y yo dije “¡Trastorno! *Chuta*...en medio de cualquier... me empiezan a perseguir... Claro y yo dije... no debía haber tomado y dije... voy a tener que seguir nomás con este... y de ahí... claro como... fue como un todo... fue así como un... como un todo que me... como que sonaba fuerte él... el diagnóstico.

**Moderador: Ya**

Hombre 4: Y... eso fue en la... la base de la pregunta *po*...

Mujer 2: Pero ¿Te diagnosticaron ahí mismo la enfermedad?

Hombre 4: No yo ya tenía creo... porque antes me... en Argentina recibí un golpe en la cabeza... y me daban convulsiones después del golpe entonces me llevaron donde un psiquiatra... que no quería atenderme porque... le iba a significar pérdida... y después fui a otro lugar y ahí la... me empezó a dar pastillas y después me disminuyeron hasta que me fui sin pastillas.

**Moderador: ¿Te acuerdas Hombre 4 cuál fue el diagnóstico que te dieron? ¿Fue esquizofrenia?**

Hombre 4: eh ... Trastorno afectivo bipolar, algo así...

**Moderador: Ya...**

Hombre 4: Igual, de trastorno ahí ya como que...

**Moderador: ¿Y... que dirías que es lo que más que cuesta aceptar?**

Hombre 4: Sí... Era como... Era como... *chuta* que... como algo fuerte así...

Mujer 1: Claro... claro a uno le cuesta aceptarlo... uno... piensa que nunca le va a pasar...

Mujer 2: ¿Creíste?... Creíste que...

Hombre 1: Es una aversión psicósomática...

Hombre 4: *Sipo* si yo estaba ahí hospitalizado acaso más encima que me daban pastillas hasta por si acaso... me levantaba y chocaba porque tampoco caminaba, que andaba... estaba todo ah ... como... todos los pacientes ahí y me dicen algo de trastorno no se *cuantito* y yo así como que... no era algo así como una somera depresión... era algo... fuerte...

**Moderador: Pasemos perdón antes... antes de Hombre 1... pasemos a Hombre 3 pasemos a algo que quería contarles algo... (Lo interrumpen)**

Hombre 3: A mí también me dio... me acuerdo que... ¿Cómo que se llama? Que yo iba en busca de trabajo... y yo iba, buscaba el mercurio... y... anda a ver esta ... partía a ver... llenaba una papeleta...era era...una oficina de correos...donde entregan las cartas... me pasaban el paquete de cartas... tenía que dejar una carta aquí y otra (ríe) en Pudahuel... (Risas generales)...oye y andaba... y con esquizofrenia...

**Moderador: (entre risas) Pero eso fue cuando usted ya estaba diagnosticado...**

Hombre 3: Claro... mi papá nunca... nunca acepto que... si *pa* él no existe que... la enfermedad de esquizofrenia... eso... eso es... absurdo *pa* él... entonces lo único que me decía "busca trabajo"... buscaba trabajo, buscan en la oficina de correos, y andaba con la bicicleta no sé cómo nunca me pasó nada...

**Moderador: Vamos a hablar del trabajo ah, bueno pasemos a... (Lo interrumpen)**

Mujer 2: Mi mamá no cree que yo tengo esquizofrenia.

**Moderador: Vamos a hablar de la familia también...**

Hombre 1: La palabra esquizofrenia... yo la conocí... Joven... antes de los... tipo 12... 13 años en un libro... en un libro de... diccionario... de castellano... la palabra esquizofrenia la saqué... y me llamó la atención... nunca me vine a imaginar lo que vendría después *po*... y tenía en general rasgos esquizoides y todas esas cosas... y entonces ya y después cuando esta cuestión de los... me llevaron preso, por fumar marihuana en el estadio (risas)... y me... mandaron al psiquiatra... y el psiquiatra estaba como... (Susurro)... la jueza me mandó al psiquiatra...

Hombre 4: ¿La jueza?... ¿Al tiro la jueza?

Hombre 1: Y ahí empecé el tratamiento en el psiquiátrico *po*...

Mujer 1: ¿Qué edad *teníai* ahí?

Hombre 1: Yo tenía 18 años...

Mujer 2: Te sacó la foto si po porque te vio y te dijo...

Hombre 1: No pero yo no tenía *na* esquizofrenia... lo que pasa es que... fui... inicié tratamiento al hospital... un hospital diurno que estaba recién empezando a fundarse... y al tiempo después... se...me sometieron a un tratamiento...

Hombre 4: ¿Farmacológico?

Hombre 1: No farmacológico... no tanto farmacológico sino... en ese tiempo a la doctora le costó mucho darme una pastilla *pa* la cuestión de la psicosis, porque todavía no estaba “habilitada” la psicosis... y después yo... me acuerdo de hartos tratamiento hartos tiempo y en los años el año 82 esto empezó del año setenta y nueve... el año 82 me enfermé yo de psicosis, andaba perseguido ella calle y hubo que hospitalizarme... pero... la palabra esquizofrénica...

**Moderador: ¿Cuándo le dijo alguien a usted que tenía esquizofrenia?**

Hombre 1: No se le... al tiempo después del... de la hospitalización.

**Moderadora: ¿Y cómo fue para usted eso?**

Hombre 1: No se... de *verda*... como indiferencia derrepente...

Hombre 4: Lo mismo... da lo mismo...

Hombre 1: Porque lo que me interesaba a mí o me interesa también es vivir el momento... tratar de estar bien, ser feliz...

**Moderador: Gracias Hombre 1...**

Hombre 6: Bueno yo... de chico me... tenía problemas en el estudio, en el colegio... con los estudios yo tenía... buenas notas no tuve... nunca bien, he...en el colegio en vez de irme... cursos en... en educación diferenciada o sea... cursos especiales para mí el problema del colegio es que era... un colegio...

Hombre 5: “Especial”

Hombre 6: Especial...asistía a cursos especiales y... aparte de mi enfermedad, yo todavía no sabía que tenía enfermedad y ya iba ahí a psicólogo ya desde chico, no me acuerdo...he... porque yo... por qué tenía que vivir con eso *po*... yo era muy juguetón muy alegre, me gustaba andar en bicicleta, sacaba la bicicleta y salía a dar una vuelta. eh... Y hasta que me llevaron al psicólogo primero y me dicen que yo no hablaba nada en el psicólogo. Que el psicólogo me preguntaba cosas y yo no le respondía nada el psicólogo. Pero no sé qué... hasta que... me llevó un día al...me llevó a otro... había otras formas de entrevistarme en relación a la enfermedad, me llevó hasta espiritistas todo... y... a mí no me gustaba ir a eso porque yo era creyente de dios... no compartía eso con mi mamá...y yo me negaba me negaba “no, no voy a ir” y me enojaba con mi mamá... pero... Ella igual me llevaba a cosas... para ver que... incluso me llevaba a los hechiceros... para ver qué cosas tenía *po*... Pero nunca me aceptaron nada hasta que... un día yo caí... Andaba de paseo donde un primo en un... era víspera de año nuevo parece... o de pascua... y andaba de paseo y... estaba feliz con mi primo y de vuelta venía feliz contento con el conversando, echando la talla... yo en ese tiempo tomaba un poco, tomaba alcohol... Pero todavía no tenía pastillas, como para ahora... entonces... he... Ese día yo no andaba... no andaba tomando nada... andaba sano y de repente llego a la casa en la noche...y me desahogue empecé a contar con él, hablar mis cosas con él con mi primo y “cuéntame” y me empecé a hablar raro y mi cuerpo como que algo me salía de adentro, que dijera las cosas nomas que yo tenía... habla nomas y me desenvolví tanto que... Que dije que ni yo mismo me creía lo que decía, yo pensaba que estaba bien lo que decía y no, no estaba bien. Me desahogue de esa forma, conversando con mi primo... y de repente... al tiempo después, me vuelve de nuevo a pasar lo mismo con esto de desahogo, pero en la fiesta de año nuevo en la casa donde vivía con mi papá, a mi papa, no me gustaba verlo tomar, no me gustaba esa vida de él, que tomara y yo enfermo, yo ya cachaba que estaba enfermo, pero algo tenía yo decía yo... que... y hasta que me volvió a pasar lo de desahogarme incluso... las botellas que tenían en la mesa ahí... Con alcohol que estaban ahí, las bote todas, las tiré al tacho de la basura y me enojé y todo... con, con mi familia y que él tomaba y yo nunca tomaba de esa forma que él tomaba... y así fue... brotando mi enfermedad, cada día... de repente no quería comer, deje de comer un tiempo... un día cuando fui de veraneo allá al sur ya tenía la enfermedad ya...

Hombre 1: Declarada

Hombre 6: Si ya declarada... y me empezaron a dar medicamentos con psiquiatra de allí de allá de avenida La Paz.

**Moderador: ¿Y como fue cuando le dijeron: Usted tiene esquizofrenia, como fue en ese momento?**

Hombre 6: Ah... yo....

Hombre 1: A uno no le dicen...

Hombre 6: Yo... el doctor me dijo usted tiene un problema... y quiero ayudarlo me dijo... y me estaba hablando conversando y yo conversando con él “digan lo que quiera”... yo era más... sociabilizable y yo no preguntaba muchas cosas de lo que yo sentía. Era más... conversar con el doctor, con el psiquiatra, y hablarlo con él... me, me dijeron que tenía ese problema de la esquizofrenia y de repente yo no... yo no decía toda la verdad, pero decía todo lo que sentía, no ocultaba nada de lo que sentía, siempre sentía angustia así en mis era si y de repente yo cuando fui... volviendo al tema... fui al sur... Estaba con medicamentos y un día me tocaba tomarme, a las tres de la tarde y ya me los fui a tomar... e incluso eh llegue a... auto... ¿Cómo se llama? Automedicar y me llevaron de urgencia... al otro día me llevaron al hospital más cercano de allá del campo y.... ¿qué le pasó a este joven? No se... que se auto medicó... dosis de más. Ah ya, pero... en ese momento, yo estaba, todavía estaba lucido, estaba consiente. Y me pusieron una sonda por la nariz para limpiarme el estómago. Pasé una noche ahí, también. Y....

Mujer 1: ¿Porque te tomaste mal las patillas? Te sentiste muy mal.

Hombre 6: No es que yo...

Hombre 1: ¿Te querías auto eliminar?

Hombre 6: Creo... yo estaba consiente que estaba tomándome... Me decían mis tíos “¿Te tomaste la pastilla?...si... y quedaba con la duda ahí... y yo me volvía a tomar la pastilla

Mujer 1: Ah ...

Hombre 6: Y después me decían, al rato después me decían “te tomaste la pastilla... Hombre 6”?

**Moderador: ¿Les pasaba a veces? ¿Qué se les olvidaba?**

Mujer 1: ¡Sí!

(Todos hablan)

Hombre 6: Por qué voy a preocuparme si ya estoy medicado *pa* que...

Mujer 1: ¿Y no te dieron unas pastillas nuevas?

(Todos hablan)

Hombre 1: Yo recuerdo... yo a mí me pusieron la doctora...nunca le dicen a uno que tiene esquizofrenia, a mis padres no le dicen eso...

**Moderador: ¿Tú no te acuerdas?**

Hombre 1: Ellos, *pa* mis padres... no porque la primera vez... esa parte... EQZ salía en una palabra... como se llama en una... en una receta... “EQZ” pero a mí no me acuerdo que me dijeran “usted tiene esquizofrenia”.

**Moderador: ¿No te acuerdas que haya pasado eso?**

Hombre 1: No...

Mujer 1: Uno te ponía el doctor... psicosis no sé cuánto... y yo ¿Cuándo he tenido psicosis?

Hombre 1: ¡Le ponen cualquier nombre!

Hombre 3: A mí el médico me dijo... usted tiene esquizofrenia, ha pero si tengo esquizofrenia ahora... ¡Voy a empezar a caminar *pa* atrás!

Hombre 1: Esquizofrenia crónica defectual

Mujer 2: Ahora si...ahora... me gusta haber sabido que tenía esquizofrenia... por qué, porque yo de niña así fui diferente a los demás y yo, por qué seré diferente a los demás y yo lloraba, no me podían... no podía hacer disertaciones hasta cuarto medio, la única que no podía hacer disertaciones.

**Moderador: Y cuando te dicen eso... ¿sentiste como un alivio?**

Mujer 2: Y ahora... ahora... porque cuando recién me dijeron no... Pero ahora lo siento como un alivio porque tenía nombre lo que yo tenía, o sea, yo me sentía diferente por eso.

**Moderador: Veamos otra historia... Hombre 5 no ha contado su historia...**

Hombre 5: Ah...yo tenía esquizofrenia...yo tenía como nueve años cuando... Cuando me llevaron al... al, al de Avenida La Paz.

**Moderador: ¿9 años?**

Hombre 5: Si...

**Moderador: ¿Porque lo tuvieron que llevar para allá?**

Hombre 5: Porque.... Me molestaba que me miraran...que me miraran así y también... era nervioso así y... y gritaba.

**Moderador: ¿Y quién lo llevó a Avenida La Paz?**

Hombre 5: Mi mamá... por el colegio.

**Moderador: En el colegio le dijeron que lo llevaran.**

Hombre 5: si ...

**Moderador: ¿Y qué le dijeron ahí cuando llegó a Avenida La Paz?**

Hombre 5: Ah... después en el mismo... una doctora una psicóloga me acuerdo que era... y... y me vio... o sea me estuvo conversando me acuerdo, que por qué me pasaba eso...y yo le decía “no sé *po*...”. Y mi mamá le contaba a ella que “porque, porque lo miraban se pone a llorar porque estuvieron jugando a la “pitón” así

Hombre 1: ¿Eso... en que año más o menos eso...?

Hombre 5: Como del setenta por ahí...y.... yo me sentía mal porque el... temblaba y sentía unas cosas en los nervios, andaba tiritando así.... y... eso me... me hacía portarme mal... Empecé a portarme mal...

**Moderador: ¿Y qué le dijeron que tenía cuando fue a Avenida La Paz?**

Hombre 5: No... dijeron que tenía que ir a controlarme...

**Moderador: Sí,.. ¿Pero le dieron que lo que a usted le pasaba tenía un nombre?**

Hombre 5: No, a mi mamá le dijeron...yo era un niño...

**Moderador: ¿Y a usted en que momento de su vida... a usted le dijeron o usted supo o se enteró?**

Hombre 5: Ah, cuando tenía.... Tenía como diecisiete años... ahí...porque yo... como a los dieciséis, diecisiete años Salí de la enseñanza media...

**Moderador: ¿Y le pasaba lo mismo?**

Hombre 5: No *po* jamás me mejoré... no podía dormir...

Hombre 1: Ahora qué remedios *estai* tomando Hombre 5?

Hombre 5: (continúa) No podía dormir y... sentía, sentía...” un pájaro, *pañ*” el Chonchón y me molestaban...

**Moderador: ¿Y usted se acuerda cuando le dijeron que tenía esquizofrenia?**

Hombre 5: *Sipo* después cuando...me llevaron, o sea fue un día domingo que estaba compartiendo con mi cuñado con mi hermano y todo y de repente no sé qué me paso se me empezó a achicar la boca y sentí una sed insaciable ...y...algo raro *po*, o sea extraño, entonces yo me empecé a sentir mal y yo le dije a mi cuñado “oye me siento mal, me siento no se... y mi cuñado... me dijo.. Oye poncho *tení* que llevarme al hospital dije yo...llévame al hospital, llévame a Avenida La paz y el día domingo me dijo “ya súbete a la camioneta”... y ahí hablé con el médico y me hospitalizaron... y de ahí... mi mamá andaba en Australia... andaban los tres allá... pero...

Hombre 1: Y cómo se llamaba el médico que te atendió en urgencias, el Darío Céspedes? El canoso...

**Moderador: ¿Porque pidió, si se sentía tan mal, no pidió que lo llevaran a Avenida La Paz? ¿Y no otro hospital? Usted sabía que le pasaba algo...**

Hombre 5: Si...

**Moderador: ¿Cómo se daba cuenta de eso?**

Hombre 5: Por lo que...

**Moderador: ¿Por lo que sentía?**

Hombre 5: Si...

Hombre 2: ¿No será, así como inseguridad? Porque es pérdida de seguridad así, con todo lo que te ha pasado y con el diagnóstico y que la psicóloga te diga maltrato psicológico es terrible porque, porque no no hay de donde afirmarse la seguridad propia de uno.

**Moderador: ¿Cómo fue en su caso?**

Hombre 2: Si... mire... yo... yo he tenido varios golpes en la cabeza... y a los cómo entre los 8 y 10 años me pegue un cabezazo en la piscina porque no medí la altura y salte un piquero y quedé clavado con las patas *pa* arriba...enserio... (Risas de impresión)... y...lo que pasa es lo siguiente, que después cuando... eso fue en el verano... y llego entrar al colegio y me acuerdo que... no... me puse flojo, por ejemplo para artes manuales anotaba pero se me quedaban los materiales...y yo era súper responsable y irresponsabilidad absoluta, no nos faltaba nada y de ahí empecé a...a... el estudio tambaleaba y recién con los años me recuperé...

**Moderador: ¿Y en qué curso estaba?**

Hombre 2: A ver... en sexto... cuarto... cuarto... primero segundo tercero como cuarto básico, pero nada ahí de EQZ le digo altiro nada de cosas así. Y me acuerdo que en los veranos eh... me daban, me daban depresiones cuando volvía del verano *pa* la casa porque los amigos que tenía no eran muy... correctos ni tampoco eran muy sanos entonces, estaban

metidos en la droga y eran ladrones, entonces... me daban cada verano que pasaba me daban depresiones cuando llegaba a la casa, veía el barrio me daban bajones pero después se me quitaba. Entonces ya después me dio el problema en las caderas y salía con amigos y compañeros de curso y salíamos a tal parte y trataba de pasarlo lo que podía bien porque me dolían las caderas... disfrutaba casi nada... entonces me acuerdo que este compañero empezó a learse con la estatura...que hay que ser alto que hay que ser alto...que ya entonces... y yo me empecé a perseguir po... entonces fui a homeopatía y tomaba medicamentos para aumentar la estatura... entonces me vino una ansiedad...y cuando me vio el ... en la cuestión de la homeopatía el homeópata, ya, me dio unas capsulas y empecé a tomarlas y me acuerdo que dije mentalmente, esto me va a hacer crecer... y empecé a angustiarse, terrible, no podía dormir...en la noche, y una pura noche ... y ...

**Moderador: ¿Y con quien hablabas de esto? ¿Lo hablabas con tu familia?**

Hombre 2: No, lo hacía *pa* callao'... y me acuerdo que, que yo ya estaba con el problema de las caderas, tenía una artrosis de cadera...entonces empezó a correr el.... Y fuimos al homeópata y me dijeron "no le podemos dar ninguna solución todavía..." así que después volvimos *pa* la casa y....

**Moderador: Hombre 2, y cuando, tu dijiste cuando empezamos la conversación tu dijiste que como había tenido problemas en el trabajo, y en algún momento alguien te tiene que haber dicho alguno equipo médico algo...**

Hombre 2: Si... a eso voy a llegar yo...

**Moderador: Ya...**

Hombre 2: Que entonces después llegue a la casa y al otro día voy a tomar las pas... capsulas que eran *pa* crecer y se me caen y veo como que lentamente caen al suelo y estallan *po* y... entonces no podía hablar... no podía hablar nada... no me salía ninguna palabra... nada nada nada y le hacía señas a mi mamá... para que me llevara a alguna parte algo *po*... y mi mamá se empieza a desesperar... y yo me caigo asustado al suelo sentado me caigo... y... me acuerdo que tomo un taxi y le dijo al doctor que me llevara .. Bah al taxista... al J. Aguirre, me llevaron *pa* allá. Y... me acuerdo que estaba sentado y así y... me empezaba a ir a ir a ir así... de a poco... y... me... de ahí no me acuerdo mucho, nada después me dejaron. Ah después donde está la parte del cerebro, ¿Cómo se llama esa wea esa parte del J. Aguirre?

**Moderadora: ¿Neurología?**

Hombre 2: Neurología... y... me acuerdo que mi mamá se puso a llorar, yo no cachaba, cachaba a poco y na lo que me pasaba *po*... y me acuerdo que me sentaron... o sea no me sentaron estaba sentado ahí *pa* tomar el almuerzo y no podía porque el cuerpo se me iba *po*... y y puse el almuerzo aquí para poder comer y poco ni nada... y me acuerdo que después me seguía el dolor aquí en el cuello... algo me acuerdo... esto fue el '94... entonces e... después en la noche...eh... me paré para para reclamar por los enfermeros

maltrataban a las, no nos trataban bien a nosotros... entonces después me acuerdo que me seguía doliendo aquí... y... le decía a un niño de al frente que igual parecido al (ríe) y que me pasaron esto *pa* mirar porque sentía como que... no me sentía como que se me perdía la vista sino que... yo quería ...*pa* sentirme bien *po*... Y me dijo que ese joven sufría de dolores de cabeza... y...y...y... después me acuerdo que... ya después me paro, en la noche, y me dicen ya acuéstese ahí y .... Y yo “y porqué”... “Uds. me maltratan”... y me acuerdo que me desmayo y cuando despierto me amarran a... esa misma noche, cuando despierto.... amarrado de pies y de manos, Y... na porque había salido al pasillo de nuevo ahí mismo y a mirar a los enfermos de las otras salas pero sin causar daño ni nada... y después... después me dieron un tranquilizante parece, y ahí se me quitó momentáneamente el dolor del cuello y me hicieron exámenes... escáner al cerebro, y después me llevaron me llevaron a un doctor que no sé si es psiquiatra o neurocirujano...

Hombre 1: El doctor Mortis.

Hombre 2: (continúa) Un doctor de lentes, canoso.... Crespo... no sé cómo se llama... y me acuerdo que que.... me hacen venir en la silla de ruedas, me llevan en la silla de ruedas, y... y... la cosa es que...

Mujer 1: ¿En una silla de ruedas?

Hombre 2: *Sipo*... es que no podía caminar... y la cosa es que el me hizo muchas, muchas preguntas, y de repente me pregunta por las voces... y me quería hacer más preguntas sobre eso...entonces yo me acuerdo qué más dije... entonces también tenían como tres alumnos... entones la sala.... Era como esto, pero al puerta aquí *po*... entonces con los años entonces me vine a dar cuenta que... me querían hacer una jugarreta entre los doctores y los alumnos *po*...que.... Cuando yo hacía así... con los ojos porque estaba tan dopado... él dijo un alumno al doctor que yo estaba loco, entonces.... Yo no... *nah*... callao nomas *po*, mejor seguir callao que meter las patas... y con los años me di cuenta yo que... meter las patas.... Y después con los años me di cuenta nomas que... me estaban haciendo un daño que más que nada...

**Moderador: ¿Por qué...hicieron eso? ¿Por qué estaban haciendo eso?**

Hombre 2: Para ver que... o sea no era una evaluación correcta porque no corresponde... y más que nada yo creo que *pa* agarrarme *po*...y... y después me derivaron al hospital de la chile.

**Moderador: ¿Hagamos una pausa ahí o hay un punto más que quieres decir?**

Hombre 2: No... no....

**Moderador: Porque... para que no, no se nos va a ir mucho el tiempo... e... peor quiero consultar algo... una de las ultimas cosas que dijo Hombre 2... ¿alguien más sintió que lo maltrataron en algún momento? ¿En alguna fase de sus procesos? Como que un doctor o algo ...**

Todos: De los auxiliares, sí.

**Moderador: Pero eso lo podría decir cualquier usuario de un hospital?**

Algunos: No... No.

Hombre 4: El doctor porque una vez yo cuando caí en avenida la paz, o sea me hospitalizaron... iban los hermanos de la iglesia... y después el... bueno o sea, como no es natural hasta ahora no creo pero hay pacientes que se creen dios entonces no... yo en ese momento no entendía no sabía eso... no dejaron que fueran más a verme, y yo... y yo pensé que tampoco mi papa y mi papa y mi mama así que pedí que me cambiaran de médico

Mujer 2: Sabe que a mí me tocó el segundo piso, en el segundo piso está don Hector... ese hombre se aprovechó de mí porque estoy enferma...y para ponerme una inyección... Don Hector que está ahí todavía... me empezó a tocar las nalgas (reacción de impresión del resto)... me manoseaba... me preguntaba... me decía... ¿Te dan ganas de tener relaciones? ¿Eres casada?... No ¿Tienes hijos? No... ¿Pero te dan ganas de tener relaciones?... me tocaba... las, las nalgas...

Mujer 3: Desgraciado...

Mujer 2: Ese hombre cada vez que lo veo me...

**Moderador: ¿Pero era un auxiliar un psiquiatra?**

Mujer 1: Era un auxiliar.

Mujer 2: Todavía trabaja ahí... era *pa* poner una inyección, vez que tengo que buscar mis remedios tengo que ir ahí, el me saluda pero yo nunca lo saludo porque yo... él, el me hizo eso...

Mujer 3: *Tení* que denunciarlo...

**Moderador: ¿Alguien más que le haya pasado algo así? Después le voy a pedir a Mujer 3 que también cuente su historia...**

Mujer 1: Bueno yo estuve hospitalizada en el año 2009, tuve 17 días entre el 16 de junio y el 2 de julio... y ahí yo... me... me uso una enfermera, la jefa de ahí, “¡Ya!” Dijo y me reto me dijo “no tení por qué estar gritando aquí” y contesté *po* “yo soy universitaria... le dije... no no me venga a tratar así, le dije yo. Yo tengo harta educación, dije yo y no tiene por qué gritarme a ninguno de acá...y yapo y... eso le dije... yo le decía... y ella me retó porque yo había levantado la voz...

**Moderador: ¿Mujer 1y usted en ese momento estaba hospitalizada?**

Mujer 1: Hospitalizada

**Moderador: Y usted alzó la voz por alguna razón...**

Mujer 1: Parece que habían tocado el timbre algo así...sonó el timbre y yo dije “están, están golpeando...” ¡Ay! Me dijo “usted no tiene por qué estar gritando así...”

**Moderador: Pero ella sintió como que usted estaba como agresiva (lo interrumpen Mujer 1 y otro hombre)**

Hombre 1: ¿Pero ella era enfermera?

Mujer 1: Si... la enfermera *po...*

Hombre 4: Don Hector yo decía, o sea que él era como... acosador... eso no es un ... no es... es... no me gusta *pa ná...*

Mujer 3: ... Si tu *hablai* eso, lo van a agarrar al tiro, va a quedar la *embarrá...*

Mujer 2: Si, si una vez estaba un caballero con su hija, una cabra joven y... habían unos pacos... y a la niña le iban a poner una inyección... y yo dije “¿Quién se la va a poner?”... El caballero don Hernán... y yo dije “Caballero... pase con su hija... no la deje sola”.... Ah... Pero no sé si se lo habrá dicho algo... pero yo tenía un pánico de él porque yo sabía capaz que iba a hacer lo mismo....

Hombre 6: Pero que bueno que le dijiste al papá *po....*

**Moderador: ¿A Alguno alguna vez le pasó algo que tenga que ver con maltrato?**

Mujer 1: Yo sí pero no en psiquiatría o a lo mejor sí... que me metía la mano conmigo... me golpeaba y me hacía cosas, que no quería hacer...

**Moderador: Pero... y en psiquiatría... eso... eso... digamos que, es muy importante pero, probablemente es más personal digo yo... y la idea es que hablemos de cosas más livianas...**

Mujer 1: Ya... yo le quiero decir que, con respecto a aceptar o no la enfermedad... yo no la aceptaba en un principio... entonces yo cuando me dio esta cuestión en la cabeza de un dolor o un episodio como le dicen en mi cabeza...un... un trastorno bien grande... chuta dije yo.... Y Salí gritando... y gritaba y decía “no me quiero morir” y gritaba “no me quiero morir” oh.... Y mi mamá que estaba con mi padrastro... me fueron a ver... y entonces... y yo a ese día fui al doctor al psiquiatra... me veían en el hospital el Salvador en Psiquiatría... entonces yo fui (la interrumpen)

Hombre 3: ¿En qué año?

Mujer 1: '89 parece...

Hombre 3: ¿'89 doctor Urbina o no?

Mujer 1: ¿Uno alto, chascón? No, no, no, no.... Pero bueno, resulta que hable con un doctor que se llamaba... el apellido era... "Osorio"... Cristian Osorio... "Doctor" le dije yo "...los días son un fastidio... Sabe que... ahora realmente creo que tengo esquizofrenia porque ayer perdí la razón dije yo... y el doctor no se espantó ná... "ah..." dijo "bueno..." me contestó así como... no era algo tan grave.

Hombre 4: como normal ...

Mujer 1: Y ahí me di cuenta y dije "no ... Ahora sí que tengo esquizofrenia".

**Moderador: ¿Usted esperaba algo distinto? ¿Del doctor?**

Mujer 1: No algo distinto... algo mejor... que me hubiera *pescao* po...

(Risas, hablan varios)

Mujer 1: No *po*, que me hubiera... hecho caso...

(Varios hablan)

Hombre 1: Más allá de lo malo de la palabra esquizofrenia... el delirio está en su contenido... interior... en su concepto.

**Moderador: Oye pero... break... ¿Escuchemos más a Mujer 3?**

Mujer 1: ¡sí a Mujer 3 a Mujer 3!

**Moderador: Ya Mujer 3, cuéntanos...**

Mujer 3: eh... primero me diagnosticaron obsesiva compulsiva... no dormía en las noches... pasaba todas las noches buscando arañas de rincón para matarlas... y... me llevaron a un doctor particular primer... y el me diagnosticó eso, después me dijeron que era... bipolar...y de bipolar pasé a... esquizofrenia... y como lo tome' lo tomé muy mal... me quería morir...

**Moderador: Sigamos escuchando...como... como fue...**

Mujer 3: Fue como un golpe fuerte *pa* mí, o sea... Dije chuta, estoy loca... qué me pasa... como soy frente a los demás... puro rollo, puro rollo... entonces en la junta médica, donde estaban... porque veían que los remedios no me hacían bien... entonces en la junta médica y ahí dijeron que iban a, a aprobar conmigo unos medicamentos. Ahí me hospitalizaron, me quietaron los otros medicamentos que estaba tomando, y me hizo mal porque me subió la presión... y me llevaron a las 10 de la noche a hacerme un escáner... y el doctor que me vio en urgencia me dijo que no me debían haberme quitado los remedios *pa* la presión, por eso me había subido tanto... Después vino la doctora y la doctora me dijo "¡Mujer 3! Usted

que no me dijo que tenía problemas en la presión”.... Y yo le dije “Yo le dije a usted que estaba mareada y usted no me pescó” le dije... ella me dijo que eh... había levantado muy rápido de la cama y me había mareado... y yo le dije que no que me había subido al presión...

**Moderador: Mmm...**

Mujer 3: Entonces, el doctor estaba enojado y dijo “pero como suceden estas cosas” dijo “si uno no le puede quitar los medicamentos así... tan de repente... “así que me puso una pastilla bajo la lengua y me inyectaron, no sé qué me inyectaron... y... de ahí... entré al hospital diurno, de ahí en quinta normal, y lloraba todo el día... lloraba así... ¿Se acuerda?

Mujer 2: Yo me acuerdo... lloraba todo el día....

Mujer 3: Lloraba, lloraba, lloraba y lloraba...

**Moderador: ¿Tenía mucha pena?**

Mujer 3: Sí. Mucha, mucha, angustia, pero una angustia pesada así como...

**Moderador: ¿Y estaba... con quien estaba quien la acompañaba...?**

Mujer 3: El Dani era mi amigo...

**Moderador: Ya... su amigo. Y familia...**

Mujer 3: Si mi hermana... mi papá mi mamá...

**Moderador: Se sienten... ¿En algún sentido acompañados por su familia?**

Hombre 2: A mí no... no porque... así como le pueden decir a la señorita Mariela “si... si...” pero no están no aquí con venir *pa* acá, mis papás no están ni ahí...

**Moderador: ¿No participan?**

Hombre 2: O sea... participaban pero...

**Moderador: Pero no como tú quisieras....**

Hombre 1: Claro...

**Moderador: ¿Los demás?**

Hombre 1: Cuando me dio una psicosis fuerte, cuando caí al hospital por seis meses... mi familia vino a verme todos los días... o sea no, mal digo, porque, las visitas en ese momento eran los puros domingos nomas...

**Moderador: Pero eran todos los días de visita...**

Hombre 1: Todos los días de visita...pero después sucedieron cosas fue pasando el tiempo... y yo no reaccionaba a ninguna cosa... que al final... mi familia.... Básicamente me tiene abandonado...

Mujer 2: Yo no me siento apoyada por mi mamá, no viene a las citas...

**Moderador: ¿Pero no viene porque no puede o... por qué...?**

Mujer 2: No quiere... no quiere la molesta...

**Moderador: Y... ustedes se hicieron amigos en este tiempo, contactos a veces... pololo, polola, pareja, esposo, esposa... no se...**

Hombre 1: eh... los amigos se van *po*, los amigos se van... ¡Se van los amigos... se van!

(Todos hablan al mismo tiempo)

**Moderador: Estamos hablando que los amigos si bien los acompañan en este proceso, se van...**

Hombre 2: Yo de ningún amigo que tenía, nadie sabe que vengo *pa* acá...

Hombre 5: No nos van a ver ni al hospital... ni al hospital ni a la casa ni en el... manicomio... esas tres partes no...

**Moderador: No hay amigos... ¿Y en el trabajo los apoyan?**

Hombre 5: Si...

Hombre 4: Yo... yo nunca estaba con amigos siempre estuve solo así que... (Ríe)

Hombre 2: Por ejemplo...eh... cuando empecé a trabajar de *apradronado* que ahí comencé con maltrato psicológico... he... había que hacer la pega nomás porque... para poder... aprender de los del oficio y.... y pasé mal... no, no...

**Moderador: ¿Pero ahí lo pasabas mal?**

Hombre 2: Mal porque... me maltrataban...con él... las... aprovechándose que yo sabía un poco de computación... trataban de aprovecharse... *pa... pa* aprender...*pa... poder* aguantar el sueldo... pero ellos me pegaban una patada en el culo...

**Moderador: Dime una cosa ¿Ellos sabían que tú tenías una...?**

Hombre 2: No... no porque.... Lo único que ellos sabían es que yo tenía problema en las caderas, al caminar...

**Moderador: ¿Y durante este tiempo han hecho amigos?... como con otros pacientes...**

Hombre 2: Aquí si, si pero por ejemplo yo tengo amigos en la imprenta, en talleres en el centro... los clientes cuando se hacen amigos...

**Moderador: Pero en estos espacios, se han hecho amistades...**

Hombre 5: Yo allá.... No acepto amigos... allá a de la... a donde vivo...

**Moderador: Y díganme otra cosa... la fe... que pasa con.... Porque aquí.... Muchos son creyentes...**

Hombre 2: Mire yo... contar del liceo, en primero medio hasta... hasta segundo tercero medio...entonces yo les seguí el amén, y... ero no de volverme loco sino que... con los años me di cuenta que... no es *pa* tanto si... eh... hay que dejarse un espacio pa Dios pero no ser fanático porque eso te trastorna....

**Moderador: ¿Pero te sientes... apoyado en eso?**

Hombre 2: Mire por ejemplo... yo...

(Todos hablan, interrumpen, quieren hablar al mismo tiempo)...

**Moderador: Brevemente para que todos hablemos...**

Hombre 2: Por ejemplo yo estuve casi un año...orando solo... orando... arrodillado, como se debe pedir porque hay una regla para pedir la oración... no es... no es para impresionar sino no, hay una regla para poder pedir... entonces eso me hacía bien... y ... al principio.. a ver... estuve...estuve como dos meses (ríe) haciendo la oración... al almuerzo para mis papás pero con ellos nomás, con nadie más...y... sipo... y después ya se me quitó cosa que era y fanatismo... pero ya es más llevadero más tranquilo...

Mujer 2: eh... bueno yo soy testigo de jehová...eh... yo me siento bien apoyada tanto por el creador, jehová como por Jesús su hijo...y la organización, entera... se siente el apoyo cuando he estado hospitalizada me van a ver, los testigos de jehová... están preocupados de venir, me apoyan en la casa... estoy bien apoyada...

**Moderador: Bien, don Hombre 5 quería decir algo también...**

Hombre 5: Se pierde la fe, pero después se vuelve a recuperar

**Moderador: ¿Usted vivió su experiencia de perder la fe?**

Hombre 5: Sí... si... uno se siente abandonado, igual que, abandona que nadie, uno cree que nadie los escucha... ¡abandona! Y se pierde la fe pero después se,.. Se recupera...

**Moderador: ¿Alguien más tiene otra experiencia en relación con eso?**

Hombre 5: Lo mismo me pasó... siento una pasión como así como una que le pasó a Jesús cuando... estaba en la cruz y se sintió abandonado porque... (Lo interrumpen)

Hombre 4: ¡Dios Mío! ¿Por qué me has abandonado?

Hombre 5: Así se siente... se siente... la cosa

**Moderador: ¿Hombre 4?**

Hombre 4: Corría de año 1964 cuando ah... (ríe) no pero después... yo estaba... mi papá... mi papá no de chico pero nos da, nací testigo, pero me hice evangélico... nos daba de adentro... mi... y yo nací de ahí... y lo que pasa es que eso... eso me sirvió porque... o sea... o sea tanto... Tal vez...uno era el hincha de... de toda una iglesia o eso... puede decir... lo que dice el Hombre 2 que uno se trastorna y todo eso... pero... es como... llevar... es como es como una disciplina como hacer karate... pero es más importante porque Dios...

Hombre 2: Es un ejercicio espiritual

Hombre 4: Claro, además que yo me acuerdo que cuando me daban depresiones, yo oraba, leía la Biblia... ya después al tiempo, se me pasaba... y ahí... si me importó ir a la iglesia porque uno... o sea... hay que practicar la fe porque Dios conoce...nuestras... lo que nosotros necesitamos, pero hay que practicar la fe para pedirle lo que... necesitamos porque él sabe que el hombre nos e mueve... por nuestra fe... pedirle lo que necesitamos además que... en la fe y en qué otra cosa era... y ah... otra cosa es que bueno sipo está todo el tema que unos creen y otros no ... y otra cosa que... las voces que escuchamos a veces, que no son físicas, son de espíritus. Porque yo por ser una vez... hace tiempo atrás me había quedado durmiendo, no sé si en el trabajo o alguna cosa, y como que... no sentí voces peor una cosa así como ah que me dormido... empecé a aclamar a Dios... y eso se fue así que... hasta ahí llegué...todo... cuando empecé a clamar... y... y... se fue eso... y...y totalmente, porque por ejemplo es verdad que a veces he pasado por lugares que me he sentido como.. O personas que... pueden... que pueden no se odiarme o hacer cosas)... y yo he ido aclamando a Dios y... y está todo bien...

**Moderador: Te tranquiliza...**

Hombre 2: O sea... no me...o sea... Por ejemplo... ¿Puedo contar una cosa? O sea así bien, bien breve...Que... cuando fuimos a... eh... me acuerdo que estábamos viviendo en Renca por unos meses... y me acuerdo que me fui yo... me tiré yo en una pieza...una que quedaba al final de la casa... porque... qué pasaba al principio... y entonces... he.... Me acuerdo que yo empecé a orar por seis meses, y sentía ruido en el techo, como que alguien

quemaba alrededor haciendo un así como un círculo... y me acuerdo que... nos e si han escuchado esta palabra “estado hipnoide” ... ¿Hipnoide?

Algunos: Mmm no...

Hombre 1: Hipnoide.... Que es Esquizoide...

Hombre 2: Que uno está dormido... que está... como esta ni despierto ni esta ni durmiendo... entonces... me acuerdo que le conté al Hombre 4 porque él es el más el más creyente, y va a la iglesia... Entonces yo vi en el estado, en el estado que estaba yo... como que descarté, pero estaba durmiendo... y vi una... una cabeza... yo... ¿Cómo fue Hombre 4 que yo dije? Una cabeza de un búfalo... de un búfalo negro y como vio que yo estaba... con... no sé si estaba con la Biblia a la mano... durmiendo... el búfalo me hacía así y cuando despierto miré a cielo al tiro... y no había nada... en el cielo, no había nada... y... no y yo me fui de la pieza de ahí... porque me dio miedo...

**Moderador: Mm... ¿Alguien más? Porque estábamos hablando de cómo operaba un poco la religión aquí, si se sienten apoyados por eso... algunos dijeron que en algún momento perdieron la fe pero la recuperaron, que se sienten acompañados por la gente de la iglesia.**

Mujer 2: A mí me pasa cuando tengo pesadillas, que no puedo despertar... y digo “¡Jehová, Jehová ayúdame a despertar Jehová! Y *pah* despierto y, y me siento, prendo la luz, y se me pasa (suspira)

**Moderadora: Y alguno de ustedes ha encontrado otra estrategia para lidiar con esas situaciones que no sean las religiones...**

Hombre 2: Yo... por ejemplo... cuando son las tres de la mañana ahí me da julepe... ¿Cierto Hombre 4? A las tres de la mañana, ahí da julepe... no yo por ejemplo a las tres, me pongo a hacer zapping en la tele, me pongo a hacer zapping y de ahí me quedo dormido...

**Moderador: Esa sería otra estrategia por ejemplo...Hay alguno de ustedes que sepa hacer otra cosa...**

Hombre 1: Yo por ejemplo busco apoyo terapéutico, las llamo a ustedes...

Hombre 4: Me relaja mucho andar en bici...

**Moderador: Muy buena... ¿Algo más? ... Música, escribir, leer... ¿Usted qué hace?**

Hombre 3: Escribir y leer.

**Moderador: Escribir y leer... ¿Hombre 6? ¿Usted hace algo como estrategia terapéutica o aparte de la religión?**

Hombre 6: Venir para acá... (Bien bajito)

**Moderador: ¿Ah? Venir para acá...**

Hombre 6: Ah y los amigos del trabajo

**Moderador: ¿Mujer 3 tu...?**

Mujer 3: eh... me gusta la música y ver tele...

**Moderador: Ver tele.... ¿Mujer 2?**

Mujer 2: eh... yo... (La interrumpen)

Hombre 1: Me gusta el futbol y el deporte... (Lo interrumpen)

Mujer 2: Yo... por supuesto ir a predicar... con los testigos de Jehová, ir a las reuniones, prepararme... leer en la casa, cuando despierto en la mañana leo la Biblia aunque sea un capitulo leo, y los voy marcando... después leo otro poquito y así todos los días. Y eso me ayuda mucho a mí.

Hombre 4: Un viernes... me tocó en el púlpito officiar.

**Moderador: Ya... chiquillos, nos queda poquito rato, tenemos que ver un par de preguntas más... así que vamos a ir agilizando un poco... Si, cuando terminemos tenemos más bebida y tenemos... galletitas...**

(CELEBRACION)

(APLAUSOS)

**... Entonces vamos a ir mas rapido, ya chiquillos, a nosotros nos gustaría saber o que nos describieran cómo es un día normal de atención de ustedes en el hospital, por ejemplo....**

Hombre 2: ¡Uh! Sacamos número y la tómbola y Uh... el 345!

Mujer 1: Ir a buscar un número para el SOME y para... Para timbrar los papeles, 130... 200 iban recién en el 30... o sea... Son como 4 o 5 horas...

**Moderador: O sea, a todos les toca esperar mucho cuando van...**

Hombre 1: Si... es mucha la demanda...

**Moderador: Ya...**

Hombre 4: ...o sea por culpa de los de clozapina tienen que esperar más porque hacerse el examen.

Mujer 1: Hay que hacerse el examen y después esperar... una hora (lo grita por encima de la conversación).

Hombre 3: Yo una vez vi una película en los años ochenta en la televisión, y trabajaba Jack Sparrow, este tipo tiene esto otro... ¿Quién? y Hitler, salía que Hitler había tenido... esquizofrenia, psicosis crítica...

**Moderadora: Psicosis crítica... Escuchemos a Hombre 4...**

Hombre 4: Que cuando llega... ya y después... antes... o sea ahora no hay que esperar mucho pero... antes uno llegaba... a las nueve de la mañana... y tenía que esperar hasta las 11 que nos... que atendiera el doctor... se demoraba...

Hombre 1: en ¿Urgencia?

Mujer 1: ¡Sí! ¿En urgencia?

Hombre 4: No, pero para él era normal es común...

Mujer 1: Una vez en Urgencia llevábamos esperando cinco horas...

Hombre 4: Y ahora... igual ahora...

Hombre 3: ¿Qué significa eso que dijo “psicosis crítica”?

(Todos hablan)

Hombre 6: Eso lo conversamos cuando nos den galletas (risa general)

**Moderador: Yo quiero saber, yo quiero saber si se atienden siempre con el mismo médico...**

Mujer 1: No... no siempre es el mismo médico

Hombre 1: Van variando

(Varios hablan al mismo tiempo)

**Moderador: Y eso... cómo lo evalúan... qué (lo interrumpen)**

Mujer 1: Mal *po*... porque “amarga mucho”

**Moderador: A ver, eh... ¿Mujer 3?**

Mujer 3: Está mal porque en cambio el médico que nos ve todos los meses sabe... nos protege y todo... en cambio el médico nuevo tiene que estar preguntando todo...

**Moderador: Partir de cero...**

Mujer 3: Y a veces es mala onda y... no sé qué remedios tomo porque en verdad, mi hermana se preocupa de eso... entonces *pa* mi es... como malo.

**Moderador: ¿Alguien tiene una opinión similar o distinta?**

Mujer 2: No, yo me veo con una doctora... y me siento mal en otros... trato de no ir cuando... que me vea la misma doctora... y me aguanto así...

(Hablan varios)

Hombre 2: A mí por ejemplo... me ve una... me cambiaron a otro doctor... una doctora que... y... me dijo... "te voy a... tal doctora que te vea ella, tu vai bien encaminado... tomái olanzapina y fluoxetina y ella te va a encaminar"... por algo... con eso me he sentido bien, con olanzapina y la fluoxetina.

**Moderador: ¿Y ustedes tienen un equipo... tratante...? ¿Cómo funciona eso? ¿Cómo funciona en el hospital?**

Hombre 5: Hay.... Hay.... Es que hay (varios hablan)... en que uno... expone... el otro donde están los becados... la otra... donde la... donde la está... extensión horaria...

**Moderador: Extensión horaria... ¿Pero ustedes reconocen, que hay un equipo que son los que siempre los ve a ustedes...?**

Mujer 2: Aquí en el COSAM hay un equipo

**Moderadora: ¿Solamente acá en el COSAM?**

Hombre 4: ¿O sea... o sea equipo... usted dice... psicólogo todo eso...?

Mujer 2: Acá porque allá solamente es la psiquiatra.

Hombre 2: Don Hombre 5 sabe hartito de la... así como *pa*... decir tres cosas... don Hombre 5 sabe hartito... pero a mí me ven cada tres meses...

**Moderadora: Ya**

Hombre 4: A mí también me ven cada tres meses

(Todos hablan)

**Moderador: ¿Acá ustedes conocen a la gente que trabaja?**

Mujer 2: Sí...

(Todos hablan)

**Moderador: Y les ha pasado que de repente llegan a atención y les dicen “no el médico no va a venir” y les pasan solo una receta...**

Mujer 1: ¡Sí!...

Varios: ¡Sí!

Hombre 4: Siempre pasa eso, uno llega y te dicen que no va a venir el médico y te pasan la receta

**Moderador: Le entregan la receta...¿y hablan con alguien?**

Hombre 4: En la ventanilla nos pasan la receta y nada más.

Mujer 1: Es que en la salud pública es así... porque en la salud particular... tu *pagai* y te puedes comprar los remedios, todo eso...

**Moderador: ¿Le gustaría... a veces, pero también que fuera de toda manera? ¿Les gusta cómo es su tratamiento? ¿Le cambiarían algo?**

Hombre 2: Yo por ejemplo al principio me daban puro Meleril que no me sirve, no me servía pa nada, para nada y decía “cambio de medicamentos”... Si con el medicamento que tomo...

**Moderador: Meleril**

**Moderador: ¿Y está conforme con el tratamiento?**

Hombre 1: No... hospital diurno...

Mujer 1: A mí me gustaría que me quitaran un poco de medicamentos, la sertralina porque para el ánimo, para la depresión pero... a mí de repente como que no me hiciera... mucho caso... igual como que me tiene mal... como que “pa qué como tanto remedio” digo yo... (Ríe) no me hacen... nada

**Moderador: Ya...**

Mujer 1: Pero la clozapina esa si... me....

**Moderador: ¿Esa sí...le?**

Mujer 1: Las tres en la noche...

**Moderador: Eh... ¿Alguna otra cosa del tratamiento que les haya...?**

Hombre 4: Por ejemplo... como higiene del sueño... como... así... como terapias como... o qué alimentos no... ingerir...

**Moderador: Que les enseñaran eso... ¿Eso no lo tienen?**

Varios: eh... no... (Varios hablan)

**Moderador: ¿Qué otras alternativas por ejemplo? Como hacer yoga...**

(Ríen)

Mujer 1: Hay unos letreros... dicen eso...

Hombre 2: Por ejemplo en mi caso... he yo veo el a ver la enfermera... la nutricionista... medicina general... y... sufro de presión alta. Y el colesterol que no está bueno po... entonces... tomo ese... esa... (Lo interrumpen)

Hombre 5: Yo hacía yoga pero en el cerro...

**Moderador: ¿Sí?**

Hombre 5: Si en el cerro.

**Moderador: Ah mire... ¿Y le hacía bien?**

Hombre 5: Sí. Los pájaros, eh... el aire...

**Moderador: ¿Mujer 1?**

(Hablan otros, la interrumpen)

Mujer 1: Tomo mucho remedio... en total son trece...

**Moderador: Es mucho...**

Hombre 1: Tomo remedios para...

(Continúan hablando atrás)

Mujer 1: La diabetes, la hipertensión... y aspirina y clozapina... y metformina y...

**Moderador: pero a veces en vez de tomar... quizás menos remedios pero hacer otras cosas también...**

Mujer 1: Puede ser...

Hombre 6: Hartas otras cosas...

Hombre 1: La vida...

Hombre 2: Sabe que el otro día de que... tomaban pastillas para... escarbar el sistema nervioso... los músculos se ponen flácidos y eso es terrible pal cuerpo humano...

Mujer 1: Yo igual como que me caigo así...

Hombre 2: Porque... porque por ejemplo... eh... aquí... me saque una radiografía del cuello y tengo el huesito así... Entonces eso, yo creo que eso me afectó. Porque... (Lo interrumpen)...

Hombre 4: ... Y con las pastillas, que se puede tomar uno por ejemplo Melissa, hierbitas...

**Moderador: Hierbitas, cosas así...**

Mujer 2: Sabe que en el hospital, cuando estuve hospitalizada hicimos varias manualidades, me gustan mucho esos paquetes porque son...manuales... y con zapatos... servilletas, cola fría, tempera...

**Moderador: Unos mosaicos que hacen acá también...**

Mujer 1: Sí también... ese me encantó...

**Moderador: Cuando se han referido a cosas que tienen que ver con los fármacos, pero quizás hay otras cosas que tienen que ver que podrían haber más en el tratamiento**

Hombre 2: Por ejemplo a diferencia de los fármacos que podrían ser de forma natural, me puse a hacer ejercicio como en una plaza, pero al otro día los músculos están terribles, el dolor....

Hombre 4: Si pero es que es normal cuando uno hace, hacer todo de una...

**Moderador: Hay que hacer todos los días po...**

(Todos hablan, no se logra distinguir voces)

**Moderador: Pero pudieran tener... un gimnasio...**

(Todos hablan hasta minuto)

**Moderador: Tenemos otras... un par de preguntas más. ¿Ya? Eh... una de ellas es que nos gustaría saber cómo ustedes se imaginan en cinco años más...**

Hombre 1: ¿Cómo?

Mujer 1: Uh...

**Moderador: Piénsenlo... (Lo interrumpen varias voces extrañadas) Tómense un momento para reflexionar...tómense un momento para pensar... qué se imaginarían... Se imaginan en cinco años más...**

Mujer 2: ¿Puedo decir yo? Porque yo lo pensé... en la mañana por ejemplo cuando voy caminando en la mañana... y yo ya veo cómo así como que ya no estoy tan segura como antes... y yo digo “esta cuestión debe ser la vejez *po*”... y tengo una inseguridad al caminar como que no veo bien, se me mueven las cosas, y yo digo si... en poco tiempo más... voy a ser viejita...

**Moderador: ¿Y qué te imaginas haciendo en cinco años más?**

Mujer 2: ¿En cinco años más?... yo creo que... voy a ser insegura de salir mucho porque si ya me siento insegura.... Un unos pocos años más...

**Moderador: ¿Eso lo conectas como... con su tratamiento también?**

Mujer 2: No... no yo creo que es... es la edad, yo tengo cincuenta años, pero... Pero me siento más insegura y yo digo por eso... por eso a lo mejor no me gusta...

**Moderador: ¿Y en el tratamiento Mujer 2. ¿Cómo te visualizas en cinco años más?**

Mujer 2: Espero... espero estar... no... Que no me dé una cuestión así como Alzheimer así... tengo un miedo así...

Hombre 5: No lo pienso...

**Moderador: No lo piensa....**

(Varios hablan nuevamente)

Mujer 1: Yo tampoco...

Hombre 5: No... yo vivo el día

Hombre 4: Lo único que digo yo que... tengo que hacer ejercicio...

**Moderador: Ya...**

(Varios hablan...)

Hombre 2: Yo vivo en el día... ahora antes me imaginaba cosas, por el trabajo, pero ahora yo vivo el día a día nomas... no... peor... se te va la vida así...

**Moderador: ¿Mujer 1?**

Mujer 1: Yo voy a estar en cinco años más... voy a estar mejor... voy a mejorar... voy a tener más experiencia... todo eso...

Hombre 3: Científica y tecnológicamente... tecnológicamente los médicos van a construir un... un...

Hombre 2: Un mundo mejor....

(Varios hablan)

Hombre 3: Una pastillita para que se mejore de la esquizofrenia...

(Ríen)

**Moderador: ¿Les... les gustaría eso?**

Hombre 3: ¡Pero por supuesto!

(Varios hablan)

Hombre 1: Una pastilla... psicológica...

(Todos hablan)

**Moderador: Escuchemos al Hombre 4....**

Hombre 4: eh... no se *po...* me... así cuando me fijo... me imaginé... he... esbelto... sin guata... (Risas)... Con las pastillas así como más... más... más... así como mucho más estable y me veo como habiendo estudiado algo no sé... donde me gusta siempre estudiar y aprender cosas...

Mujer 2: Sabe que en cuanto a la fe que tengo... lo que me imagino y que me pone bien contenta así... es... una sociedad que pueda... he... quitar las enfermedades, bajo un gobierno justo con Dios... así que eso es yo creo que capaz que sea un futuro sano...

Hombre 4: La esperanza...

Mujer 2: Sí, la esperanza...

Hombre 4: Es que creo... (Lo interrumpen)... mediante uno se vaya acercando a Dios... y a las grandes iglesias y a la presencia de Dios, que algunos conocen y otros no, eso... nos hace estar...mejor... o sea en la idea de dios, en la... dimensión de Dios... que es la espiritualidad... que es cómo nos fomenta estar en un mundo mejor.

**Moderador: Parece que eso de la espiritualidad va... (Lo interrumpen).**

Hombre 1: Si...

Hombre 5: sí... eh... yo... yo no hablo... no... No... o sea, el templo no va a ser un templo de ir a la iglesia así sino que es gente más que uno...

Hombre 1: No dejarnos de congregarnos como muchos.

**Moderador: En cinco años más... ¿Cómo se ven en cinco años más?**

Mujer 1: En cinco años voy a estar bien... como dije... y más... me proyecto mucho más allá...

**Moderador: Que en cinco años**

Mujer 1: Si... me imagino que cuando... muera... que todavía no me voy a morir...

Hombre 1: No *po* si cómo... si viene Jesucristo no *po*.

Mujer 1: Ah... bueno... si viene antes a jugar a los vivos y a los muertos... (Ríen)

Hombre 1: Hay que... moverse por eso no hay que dejar de... estudiar y todo eso...

**Moderador: Bueno... Hombre 1... ¿Cómo te imaginas tú en cinco años más?**

Hombre 1: ¿En cinco años más?... a ver... yo creo que mejor. No sé, realmente no lo sé... *pa* qué le voy a mentir...

**Moderador: ¿Hombre 6?**

Hombre 6: Yo... he... yo creo... yo quiero estar bien... he... estando bien en mi tratamiento... haciendo cosas.

**Moderador: Haciendo cosas... ¿Ah?... lograr cosas...**

Hombre 6: Ya que me vaya bien en vida no más.

**Moderador: Escuchemos a Mujer 3...**

Mujer 3: Yo en realidad no me imagino mucho

**Moderador: ¿No lo piensas?**

Mujer 3: No, me da miedo

Hombre 1: Le da miedo...

**Moderador: ¿Por qué te da miedo?**

Mujer 3: Porque... me da miedo de... seguir enferma... no se... esas inseguridades que tengo... y las pifias que tengo...

Hombre 1: ¿Las pifias?

Hombre 2: ¡Todos tenemos pifias! (ríe)...

Hombre 4: La otra vez... no me acuerdo donde estaba pero... ah en la... en la... ayer.... Y estaba... había una batucada... y yo pensaba lo mismo porque siempre bueno... o sea no sé si... pero *pa* las personas que tenemos alguna cosa mental, que somos enfermos... y yo digo enfermos, somos más... capaz que los mismos que no tienen nada... y además que si alguien es enfermo es porque tiene una enfermedad, todas las personas tienen alguna enfermedad. Por eso (lo interrumpen al hablar)... y otra cosa que sentía que, como que cada persona era algo, un mundo diferente y... todos tienen algo malo o bueno

Hombre 2: Por la parte sentimental, cuando pase por al parte sentimental que no fue nunca verdad fue todo un tongo... a la srta Mariela, siempre le cuento fue todo un tongo... yo sentí esa pena, del corazón y yo veía pareja, los que iban en auto... familias enteras en auto y todos tienen su vida hecha de distinta forma. Y que uno tenga que pasar por esta cuestión que...

(Todos hablan e interrumpen)

Mujer 2: ¿Sabe qué?...la carga más grande de mi enfermedad... es que no he podido tener una... una familia... es el dolor más grande, haberme perdido de cosas Si te digo que mi enfermedad es la culpable que me haya perdido de cosas... la esquizofrenia.

Hombre 4: Más que nada no es que haya perdido cosas si no que cada persona es como un mundo de diferencia... con sus achaques....

Mujer 2: Pero estamos hablando de la familia...

**Moderador: La Mujer 2 contó algo... ¿Cómo lo hiciste tú? El gran dolor...**

Mujer 2: Yo dije, el gran dolor de mi enfermedad es que a la edad que tengo cincuenta años, no, no he formado a mi familia, un esposo, hijos... bueno ya se me pasó. Hasta en eso soy diferente, porque todas las mujeres tienen esposo, su pololo... su novio, su esposo finalmente... y yo... todavía no lo he logrado entonces... hasta en eso soy diferente, porque tengo esquizofrenia

Mujer 1: Pero hay gente... hay gente... hay personas que aceptan a las personas con esquizofrenia... y con... son personas... especiales que defienden a esta gente y dan oportunidades... pero hay otras que no... pero hay otras que no y somos discriminados...

Mujer 2: Ahora, yo sabes que me siento como persona, tengo hartas descalificaciones de mi persona. Soy pesa, soy desagradable... seguramente no, es que a la gente no le gusta estar

conmigo... entonces tengo muchas cosas negativas... que yo siento que yo misma... no sé si a lo mejor le echo la culpa a la esquizofrenia y a lo mejor na que ver... a lo mejor soy yo nomas....

Mujer 3: A mí me pasa... con esta cuestión de ser mamá... tuve un tiempo que tenía hartas ganas de ser mamá le pregunté al doctor y me dijo “no hay problema, déjese los remedios”... y mi hermana me dice “no, no vai a tener guagua” me dice... no vai a tener guagua porque si no lo primero que va a pasar, te vai a descompensar...

**Moderador: ¿Y qué decidió ante eso usted?**

Mujer 3: Le hice caso po...

Hombre 1: Te dejó de llegar la menstruación?

Mujer 3: No

(todos rien)

Hombre 1: Yo hablo pensando que estamos entre adultos con el criterio formado.

Hombre 3: ... Saratrustra dijo, yo soy saratrustra, el loco “Quien es más loco que yo que me enseñe”... (Ríen)

**Moderador: ¿Cómo te visualizas tú en cinco años más?**

Hombre 3: Súper bien... (Ríe)... (Risas)...

(Todos hablan)

Mujer 1: ¿Cuántas preguntas son?

**Moderador: Queda una más...**

Hombre 4: Una, hay y una copita que tengo hambre...

(Todos hablan)

Hombre 6: La presidenta que está ahora mandó una ley que por lo menos en algunas empresas, tienen que tener a alguna persona con problemas... como... nosotros

**Moderador: Ultima pregunta...**

(Interrumpen, todos hablan)

**Moderador: Escuchen, nos concentramos y contestamos brevemente la última pregunta, para que vayamos todos al coffee. La pregunta es: ¿Qué le dirían a alguien que recién fue diagnosticado con esquizofrenia?**

Hombre 3: A una chiquilla como de diecisiete dieciocho años que estaba diagnosticada de esquizofrenia. Le dije: “¿Cabra estas estudiando?” “Si pero voy a tener que dejar de estudiar...” “*Sipo tení* que esperar que madure esta enfermedad... que... que... ahí puedes retomar tus estudios...”.

**Moderador: Bien... ¿Mujer 2?**

Mujer 2: Eh... Hazte responsable de tomarte tus remedios como dice el doctor, anda a todas las terapias... eh... no te quedes callada con tus problemas para eso los conocen los psicólogos, y esto te va a hacer, va a hacer que andes bien...

Hombre 2: Mire si yo fuera... si me encontrara una persona así, yo le diría... lo primero que nada... que tiene que seguir una orden de vida, la más.... Como disciplinada militar, porque no se puede... porque el cerebro es lo que manda... todo, todo, todo... entonces, la alimentación es lo principal y seguir al pie de la letra los remedios. Pero... ¡Pero! No vaya a pasar lo que dije que me daban el tonaril que me ponía todo loco, y que me hacía que pidiera la, la olanzapina...

**Moderador: ¿Mujer 1?**

Mujer 1: ¿Yo? Qué puedo decir... pero... que no se eche a morir *po*... que hay cosas peores... por lo menos mi hermana me decía eso... y que acuchillo tanto y dijo, mira lo que te pasó... bueno pero hay cosas peores... así que... le diría igual que la señorita que tomara... su... que fuera al psiquiatra. Que siguiera su tratamiento, que no se eche a morir y que trate de tirar *pa* arriba porque, es terrible cuando uno está estudiando y de repente así *pam*, *tení* que.... Como se llama... tomar no... eh... postergar la práctica... he... hartas cosas...

**Moderador: ¿Hombre 1? Tu qué le dirías...**

Hombre 1: Yo le diría...oiga hágase la idea porque se viene *pa* largo. A mí me dijeron que iba a estar 2 meses y llevo casi 40 años en tratamiento (risas)

**Moderador: ¿Qué le dirías tú?**

Hombre 6: Yo le diría que... Mire... tomar... yo... antes de que me habían diagnosticado con esquizofrenia, que mire su vida como... Cómo ha sido si ha sido buena o ha sido mala, y que mire... ahora que está viviendo el momento, que esté en paz, que este serena con Dios... he, que logre sus metas, que se tome los remedios y... que siga caminando hacia adelante porque el camino nunca se deja de aprender...

Hombre 1: Yo le diría... confía en tu médico y en dios, al mismo tiempo... entre los dos vai a... vai a cambiar tu vida....

**Moderador: Don Hombre 5... ¿Qué le diría?**

Hombre 5: Que es preferible reír que llorar...

**Moderadora: Es preferible reír que llorar...**

Hombre 1: Si, por lejos, buen consejo....

Hombre 4: Como dicen en el... te sacaste el premiado (risas)... tenemos esta enfermedad y seguimos luchando... onda porque somos... tenemos que tener aguante y... hacer y llevar un... una... Orden en cuánto alimentos, no tomar alcohol, drogas... Cada persona es diferente por ejemplo a mí me hacía bien el... la olanzapina... pero pésimo... entonces...eh... No... de acá que lleguen al medicamento y que siga con ese y que se ordene todo ese tiempo...

Hombre 2: Lo importante es afirmar la seguridad en cada uno y no soltarla nunca más... ¡Eso es lo importante!

Hombre 4: eh... igual hacer... cosas paralelas como no se po, aprender cosas... o terapias... o manualidades...

Hombre 5: Hacer el bien.

**Moderadora: ¿Mujer 3?**

Mujer 3: Lo mismo que Hombre 1, que dijera que confiara en los médicos y que hacer el bien...

(Aplausos)

**Moderador: ¡Muy bien! Terminamos... (Aplausos)**

## ANEXO 6



Ministerio de Salud  
Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda  
Departamento de Planificación y Control de Gestión.  
DR.IAA/AMG/cfr.-

EXENTA N° 2630

SANTIAGO,

- 8 JUN 2015

**VISTOS:**

Que el proceso de Autogestión en Red, constituye una prioridad dentro de la implementación actual del proceso de Reforma de la Salud y tiene por objeto evaluar los indicadores clínico- administrativos, correspondientes a prestaciones cerradas y abiertas con el fin de adecuarse a las nuevas exigencias e instrucciones impartidas desde las superioridades pertinentes, lo dispuesto además en la Ley 19.937, que modificó el D.L. N° 2763/1979, seguido a generar un proceso de mejora continua para asegurar los procesos sanitarios, dándole calidad a las prestaciones de salud entregadas a la población usuaria, y lo dispuesto en el D.F.L N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud del Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud y lo contenido en el D.S. N° 140/04, y en uso de las facultades delegadas por Resolución 2593/95, 304/01, lo previsto en la Resolución Afecta N° 565/14, del Director del Servicio de Salud Metropolitano Occidente, y lo dispuesto en la Resolución Exenta N° 1.600/2008 de la Contraloría General de la República, que fija normas sobre exención del trámite de Toma Razón, Y en uso de las atribuciones que me confieren los artículos 22 y 23 del D.S. N°38/2005 del Ministerio de Salud y la Resolución N°190/2015, del Director del Servicio de Salud Metropolitano Occidente, dicto la siguiente:

**RESOLUCIÓN:**

**1.- APRUEBASE:** el Manual de Procedimientos Clínico Administrativos del Servicio de Psiquiatría 2015 - 2018, del Hospital Clínico Dr. Félix Bulnes Cerda, el cual para todos los efectos forma parte de la presente resolución.

Edición (Nº) : 1  
Fecha Edición : Mayo - 2015  
Fecha Revisión : Mayo - 2018  
Vigencia : 3 años

---

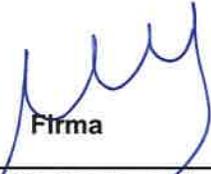
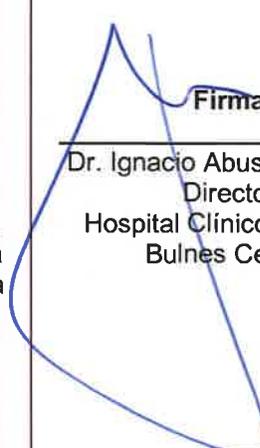
**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS CLINICO-ADMINISTRATIVOS  
DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS CLINICO-  
ADMINISTRATIVOS DEL SERVICIO  
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL  
HOSPITAL CLINICO DR. FELIX BULNES CERDA**

**2015 - 2018**

Edición (Nº) : 1  
 Fecha Edición : Mayo - 2015  
 Fecha Revisión : Mayo - 2018  
 Vigencia : 3 años

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS CLINICO-ADMINISTRATIVOS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

Elaborado Por:	Revisado Por:	Aprobado por :
 <b>Firma</b>	 <b>Firma</b>	 <b>Firma</b>
<p>Dr. Juan Maass Vivanco                      Jefe del Servicio de Psiquiatría y                      Salud Mental                      Hospital Clínico Dr. Félix Bulnes                      Cerda.</p>	<p>A.P. Andrea Briones Reyes                      Jefe del Departamento de                      Planificación y Control de Gestión                      Hospital Clínico Dr. Félix Bulnes                      Cerda.</p>	<p>Dra. Daniella Greibe Kohn                      Sub- Directora de Desarrollo                      Hospital Clínico Dr. Félix                      Bulnes Cerda.</p>
 <b>Firma</b>	 <b>Firma</b>	 <b>Firma</b>
<p>Enf. Mireya Silva                      Enfermera Supervisora                      Servicio de Psiquiatría y Salud                      Mental                      Hospital Clínico Dr. Félix Bulnes                      Cerda.</p>	<p>Mg. Claudia Figueroa Ruiz                      Profesional Apoyo Metodológico                      Departamento de Planificación y                      Control de Gestión                      Hospital Clínico Dr. Félix Bulnes                      Cerda.</p>	<p>Dra. Cecilia Cendoya Ulloa                      Sub- Directora Médica                      Hospital Clínico Dr. Félix                      Bulnes Cerda.</p>
 <b>Firma</b>	 <b>Firma</b>	 <b>Firma</b>
<p>Dra. Soledad Gallegos Espinoza                      Coordinadora Médico Psiquiatría                      Servicio de Psiquiatría                      Hospital Clínico Dr. Félix Bulnes                      Cerda.</p>	<p>Dr. Ignacio Abusleme Abud                      Director                      Hospital Clínico Dr. Félix                      Bulnes Cerda.</p>	<p>Dr. Ignacio Abusleme Abud                      Director                      Hospital Clínico Dr. Félix                      Bulnes Cerda.</p>
<p>FECHA: _____/</p>	<p>FECHA: _____/</p>	<p>FECHA: _____/</p>

Edición (Nº) : 1  
Fecha Edición : Mayo - 2015  
Fecha Revisión : Mayo - 2018  
Vigencia : 3 años

---

## **MANUAL DE PROCEDIMIENTOS CLINICO-ADMINISTRATIVOS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL**

<b>INDICE:</b>
----------------

- I.- INTRODUCCIÓN**
  
- II.- VISION Y MISION INSTITUCIONAL**
  
- III.- OBJETIVOS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA**
  
- IV.- METAS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA**
  
- V.- ORGANIGRAMA DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA**
  
- VI.- FUNCIONES Y PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO DE  
PSIQUIATRIA**
  
- VII.- DESCRIPCION DE CARGOS: FUNCIONES JEFATURA Y  
PERSONAL DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA**
  
- VIII.- FLUJOGRAMA DE FUNCIONAMIENTO SERVICIO DE  
PSIQUIATRIA**
  
- IX.- ANEXOS- REGISTROS – RESOLUCIONES VARIAS.**

Edición (Nº) : 1  
Fecha Edición : Mayo - 2015  
Fecha Revisión : Mayo - 2018  
Vigencia : 3 años

---

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS CLINICO-ADMINISTRATIVOS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

---

### I.- INTRODUCCION:

El Servicio de Psiquiatría y de Salud Mental del Hospital Clínico Dr. Félix Bulnes Cerda, se ha caracterizado desde su origen el 1º de Diciembre de 1993, por su condición de Servicio Infante Juvenil Adulto con una mirada de desarrollo, orientación hacia la red comunitaria y social y por estar ligado a la docencia y formación de post grado.

Como es de conocimiento público, en América Latina, a partir de la Declaración de Caracas (1990) se sientan las bases de la reestructuración de la Atención Psiquiátrica. Esta declaración se efectúa el mismo año, en que en Chile acontece el proceso sociopolítico de recuperación de la Democracia.

El espíritu reformista de la Psiquiatría y la Salud Mental se expande por Latino América, lo que se extiende también a Chile, existiendo en ese periodo, innumerables espacios de pensamiento sobre nuevas maneras de abordar la Psiquiatría y Salud Mental. Posteriormente se contaría con un "Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría" (2000) producto de ese mismo periodo de gran inquietud, que reflejaría los nuevos paradigmas imperantes para la época. Paralelo a ello, el Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Clínico Dr. Félix Bulnes Cerda, no permanecería ajeno a esta influencia, tomando un rol activo y sumándose sinérgicamente.

En ese contexto, un grupo de Psiquiatras jóvenes comienzan a soñar la idea de sectorizar la Atención Psiquiátrica, desde un núcleo de grandes Hospitales Psiquiátricos a diferentes Servicios de Salud y desde allí hacia la comunidad, siendo en la Región uno de los protagónicos en este avance, el Servicio de Salud Metropolitano Occidente. En consecuencia, el año 1990 un Neuropsiquiatra Infantil el Dr. Mario Sepúlveda, lidera un pequeño grupo de Neurólogos y Psiquiatras infantiles en el Hospital Clínico Dr. Félix Bulnes Cerda. Este grupo junto al Dr. Juan Maass (Psiquiatra Adulto) y su equipo procedente del Instituto Psiquiátrico Dr. Isidoro Horwitz con el apoyo del Dr. Ernesto Núñez Director del Hospital y el Dr. Jorge Caravantes, Director del Servicio de Salud, ponen la primera piedra a este nuevo Servicio Clínico de Psiquiatría en el Hospital General, contribuyendo con eso a concretar las ideas que en ese momento predominaban.

La población asignada a este nuevo Servicio de la especialidad fueron los beneficiarios de los 1.132.223 habitantes correspondientes a la jurisdicción territorial del Servicio de Salud Metropolitano Occidente con sus 7 hospitales y una red de atención de especialidad Ambulatoria y Atención Primaria, siendo el Servicio de Salud más extenso territorialmente en la Región Metropolitana. Cabe mencionar que corresponde también a uno de los sectores socio demográfico más contrastantes, ya que tiene comunas de extremas ruralidad como San Pedro y otras con gran concentración de habitantes como Lo Prado. Un factor común es la condición socioeconómica bajo el promedio Nacional que le caracteriza, lo que orienta esencialmente la tarea de este Servicio Clínico desde un principio, ya que no se contaba hasta esa fecha con atención Psiquiátrica.

Se estableció un sistemático trabajo de instalación de redes y capacitación en APS, sectorizando la APS en tres subsectores: Provincias Rurales (Talagante, Melipilla y Curacaví), CRS Salvador Allende (Lo Prado, Pudahuel y Cerro Navia) y CAE del Hospital Félix Bulnes (Renca, Quinta Normal e inicialmente Santiago Occidente).

Por otro lado la Red de Especialidad debía fortalecerse e incrementarse, por lo que se asocia con la U. de Chile y el Departamento Occidente de Psiquiatría de esa casa de estudios. La tarea fue dotar de especialistas los CRS, COSAM y Hospitales Rurales. Durante ese período solo el Hospital San Juan de Dios fue renuente a contar con la especialidad motivo por el cual hasta el día de hoy derivan sus pacientes.

La Gran reforma de salud de los años 2005 adelante derivó en una segunda etapa histórica y a partir de la incorporación del AUGE y de las GES, como de los cambios en la

Edición (Nº) : 1  
Fecha Edición : Mayo - 2015  
Fecha Revisión : Mayo - 2018  
Vigencia : 3 años

---

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS CLINICO-ADMINISTRATIVOS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

estructura del MINSAL y su Red de Salud, se pierde progresivamente la estructura original que concentraba la Gestión en la Unidad de Salud Mental del SSMOCC y la operación en los territorios, para incrementar la tarea asistencial en forma descentralizada priorizando los cuadros de mayor relevancia epidemiológica.

Parte del equipo se reubica en la red y otros se trasladan, sin embargo los progresivos cambios que exige la reforma de salud, nunca afectarán tanto la dinámica de este proyecto como el Terremoto del 2010 que bruscamente termina con su edificio de hospitalizados y daña seriamente el de Ambulatorio. A partir de esta demoledora situación y de la acentuación del modelo GES, parte de la mística y énfasis original pierde liderazgo y vigencia, para reorganizar el trabajo Hospitalario ahora con mucha más urgencia, quedando ahora a gran distancia la Unidad de Hospitalizados de la de ambulatorio (mientras se construye el Nuevo Hospital) y el Nuevo Servicio de Psiquiatría y Salud Mental. Un poco antes también se pierde el Departamento Occidente de la U de Chile, pero se mantiene un grupo docente por CONACEM. Del mismo modo hacia el final de este período se pierden dos de los tres Hospitales de día que funcionaron.

Pasada la crisis de la reubicación y reacondicionamiento, y en concordancia con la re-planificación estratégica del Hospital, ubicados en el Hospital Metropolitano y en Quinta normal, se relanza con fuerza el programa docente asociados ahora con la USACH y otras Universidades. El Hospital inicia el proceso de acreditación como la Universidad y se establecen alianzas docentes asistenciales además con la U. Mayor y con otras carreras y Universidades. Todo esto buscando fortalecer la atención Ambulatoria. Se abre la residencia de becados y se mantiene una modalidad de Urgencia denominada Extensión Horaria, ahora con psiquiatras y enfermeros. El Servicio de Psiquiatría y Salud Mental mejora sus estándares y ahora se cuenta con residencia médica y de enfermería en la Unidad de Hospitalizados. Se retoma la formación de recursos humanos de la especialidad con orientación comunitaria y social.

Finalmente 3 consideraciones finales sobre las proyecciones futuras de este Servicio de Psiquiatría y Salud Mental "Infanto Adolescente Adulto" de la zona Occidente de Santiago: 1.- replantear la re-inserción del Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Félix Bulnes en la red de Salud Mental Occidente, sometida recientemente a un estudio racional y de potencialidades. 2.- construir nuevo Hospital General y un Servicio de Psiquiatría y Salud Mental con 50 camas, 10 de las cuales son Infanto Juveniles, aparte de las dependencias para ambulatorio y Hospital de Día, en Cerro Navia. 3.- mantener el trabajo docente asistencial, a través del ciclo vital, programas nacionales e internacionales en relación a la Universidad y otros organismos, con dedicación especial a poblaciones en condiciones de pobreza, sectores rurales y en contacto con la inter red, con familiares y organizaciones de apoyo.

Edición (Nº) : 1  
 Fecha Edición : Mayo - 2015  
 Fecha Revisión : Mayo - 2018  
 Vigencia : 3 años

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS CLINICO-ADMINISTRATIVOS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

### II.- VISION, MISIÓN INSTITUCIONAL Y MISIÓN DEL SERVICIO PSIQUIATRÍA:

#### Visión HFBC:

“Ser un Hospital Clínico de excelencia, altamente resolutivo en sus especialidades incorporando tecnología médica adecuada para una atención oportuna y de calidad, con un trato acogedor y mayor contacto entre el paciente y su familia, en correcta coordinación con la red asistencial occidente”.

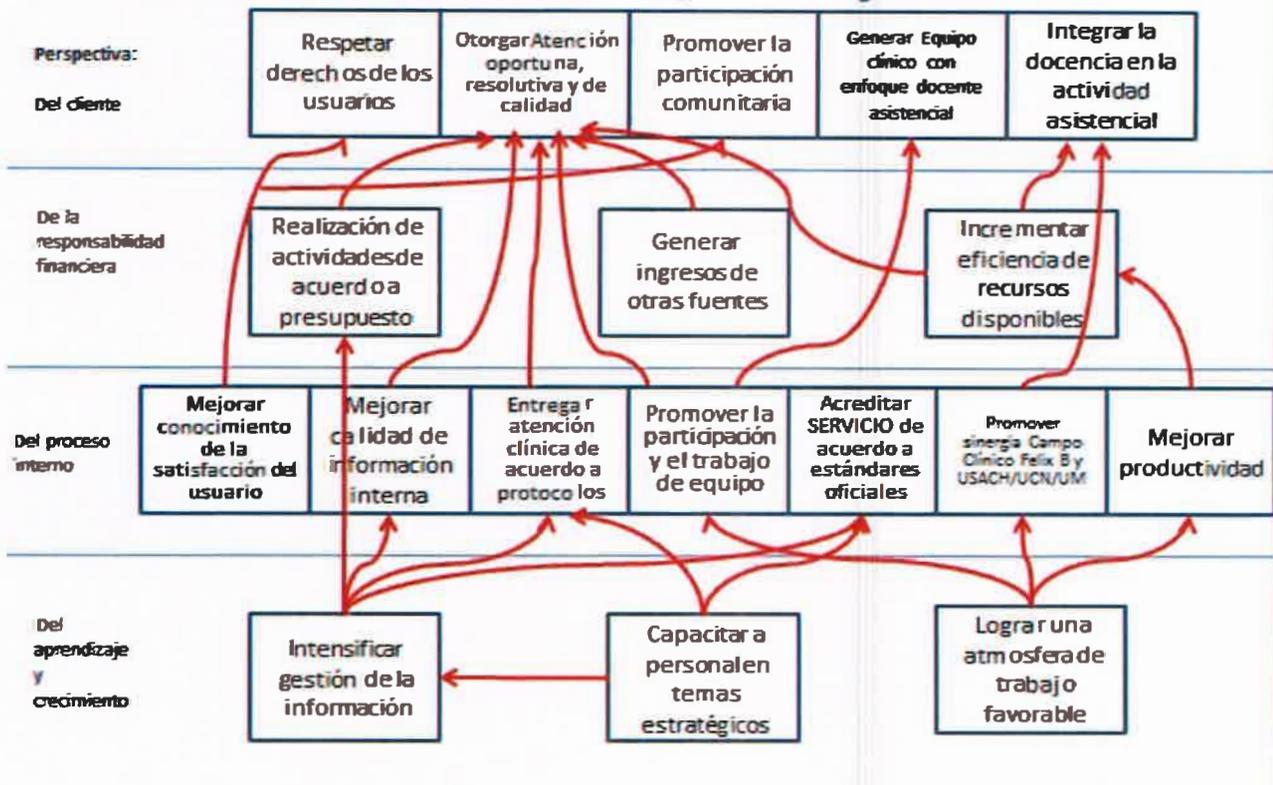
#### Misión HFBC:

“Somos un Hospital Clínico, comprometido con su comunidad, centrado en la satisfacción de las necesidades de salud de nuestros usuarios, en forma cálida, oportuna y eficiente, integrando las actividades asistenciales con las docentes y comunitarias”.

#### Misión del Servicio de Psiquiatría:

“Somos un Servicio/Departamento Clínico, comprometido con su comunidad, centrado en la satisfacción de las necesidades de salud mental de mayor complejidad de nuestros usuarios, en forma cálida, oportuna y eficiente, integrando las actividades asistenciales con las docentes y comunitarias, con una mirada participativa, interdisciplinaria, flexible y en búsqueda de la excelencia. “

### Balanced Scorecard / Mapa Estratégico del Servicio



Edición (Nº) : 1  
Fecha Edición : Mayo - 2015  
Fecha Revisión : Mayo - 2018  
Vigencia : 3 años

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS CLINICO-ADMINISTRATIVOS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

### III.- OBJETIVOS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA :

#### Objetivo General:

Entregar prestaciones de salud mental a los usuarios con trastornos psiquiátricos, beneficiarios de la jurisdicción territorial asignada al Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda y aquellos derivados de la red de salud metropolitano occidente, así como de aquellos centros de la red intersectorial, a fin de que reciban tratamiento y rehabilitación conforme a su patología base.

#### Objetivos Específicos:

1.- Atender oportunamente y en forma eficaz, a través de distintas modalidades (urgencia, control, grupos, etc.) a pacientes ambulatorios con trastornos de salud mental, a través del ciclo vital, pertenecientes al radio jurisdiccional del área salud occidente.

2.- Atender oportunamente y en forma eficaz, a través de la modalidad de atención cerrada a pacientes, desde los 15 años de edad con trastornos de salud mental, pertenecientes al radio jurisdiccional área salud occidente, derivados desde el ámbito ambulatorio, control de extensión horaria, atención primaria de salud, otros establecimientos de la red salud occidente y otros establecimientos del sistema público.

3.- Intervenir precoz y oportunamente en la rehabilitación psicosocial a través de una modalidad específica de atención para pacientes con trastornos mentales graves, permitiendo un diagnóstico de funcionalidad, un tratamiento intensivo /progresivo y en red con el fin de potenciar los remanentes sanos contribuyendo a la reinserción social del paciente.

4.- Atender a las necesidades de los equipos de salud mental de la atención primaria y su población asignada, a través de actividades en terreno, con un enfoque preventivo en el manejo de trastornos de salud mental, enfatizando la resolución pre hospitalaria. Operativizado a través de distintas modalidades:

- a) Orientación al paciente y comunidad a través de "Oficina de Psiquiatría Comunitaria".
- b) Interconsultoria de expertos a APS.
- c) Formación a los distintos equipos de salud mental de APS.

5.-Contribuir a la formación de especialistas en Salud Mental, mediante la ocupación del campo clínico normado por los convenios docentes asistenciales vigentes en la institución, y los cupos de la capacidad formadora, con el fin de generar las plataformas de apoyo a la atención de pacientes con trastornos mentales, en su modalidad abierta y cerrada.

Edición (Nº) : 1  
 Fecha Edición : Mayo - 2015  
 Fecha Revisión : Mayo - 2018  
 Vigencia : 3 años

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS CLINICO-ADMINISTRATIVOS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

### IV.- METAS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA:

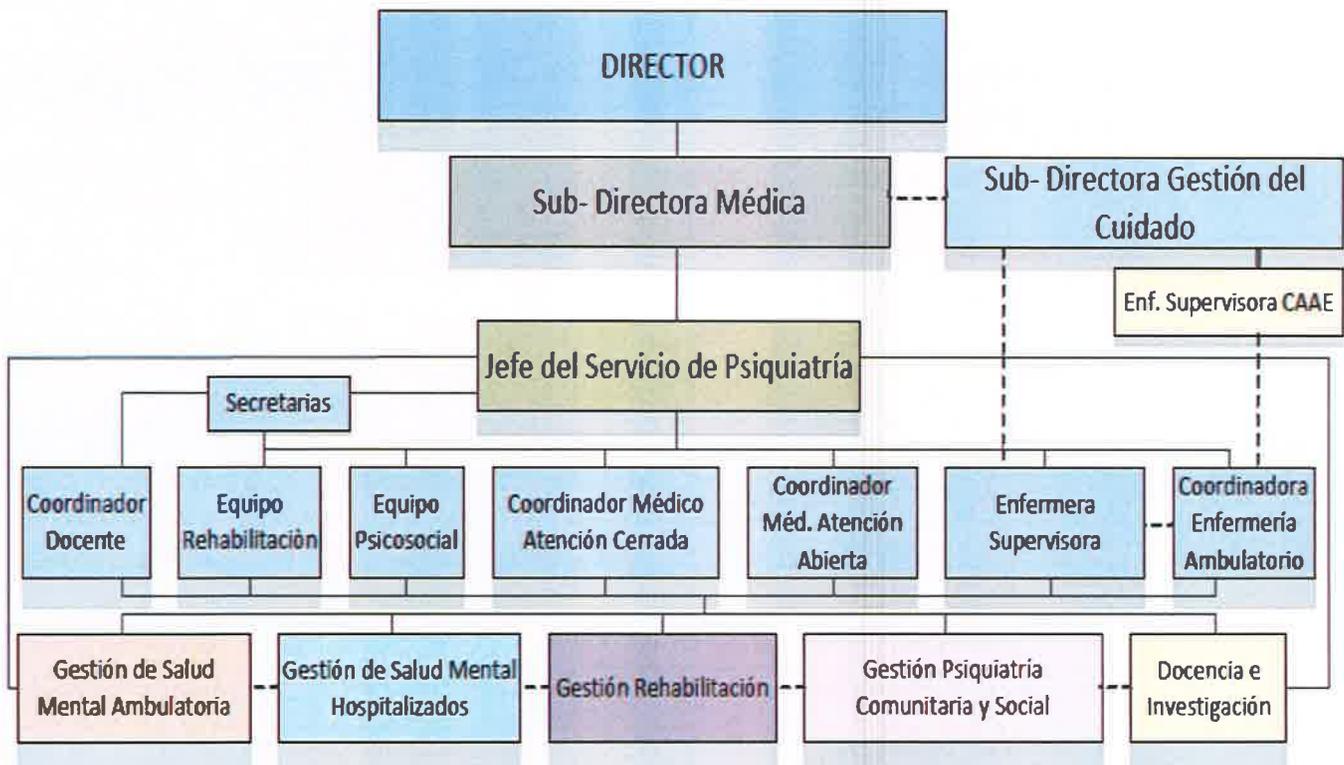
PROCEDIMIENTOS	METAS	INDICADOR
<b>GESTION DE SALUD MENTAL AMBULATORIA</b>	Umbral: 60% Periodicidad: Trimestral	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de reuniones clínicas con análisis de casos clínicos ambulatorios con decisión de manejo y tratamiento} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de reuniones clínicas anuales}}$
	Umbral: 60% Periodicidad: Trimestral	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de sesiones grupales efectuadas con más de 8 pacientes por Terapeuta} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de sesiones grupales al mes}}$
	Umbral: 60% Periodicidad: Trimestral	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con intento de suicidio en los cuales se utiliza la Escala de Sad Persons} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes con intento de suicidio}}$
<b>GESTION DE SALUD MENTAL HOSPITALIZADOS</b>	Umbral: 60% Periodicidad: Trimestral	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de interconsultas de enlace a otros servicios clínicos con evaluaciones psiquiátricas de casos hospitalarios con intento de suicidio} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de interconsultas de enlace solicitadas por intento de suicidio}}$
	Umbral: 60% Periodicidad: Trimestral	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con agitaciones psicomotoras con manejo clínico según protocolo} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes con agitaciones psicomotoras en un trimestre}}$
	Umbral: 60% Periodicidad: Trimestral	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con intento de suicidio que se manejan de acuerdo a protocolo} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes con intento de suicidio}}$
<b>GESTION DE REHABILITACION</b>	Umbral: 90% 1º brote Periodicidad: Trimestral	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con trastornos esquizofrenia 1º brote en rehabilitación} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes ingresados con trastornos esquizofrénicos de 1º brote}}$
	Umbral: 10% Periodicidad: Trimestral	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con trastornos psicóticos que ingresan al Servicio de Psiquiatría con implementación de plan personalizado integral} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes con trastornos psicóticos que ingresan al Servicio de Psiquiatría}}$
<b>GESTION PSIQUIATRÍA COMUNITARIA Y SOCIAL</b>	Umbral: 80% Periodicidad: Anual	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de interconsultorias ejecutadas en el período} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de interconsultorias planificadas en el período}}$

Edición (Nº) : 1  
 Fecha Edición : Mayo - 2015  
 Fecha Revisión : Mayo - 2018  
 Vigencia : 3 años

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS CLINICO-ADMINISTRATIVOS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

<b>DOCENCIA E INVESTIGACIÓN</b>	Umbral: 100% Periodicidad: Anual	Existencia de nómina anual de alumnos becados que ingresarán al Servicio de Psiquiatría validado por Centro Formador y Depto. de Docencia e Investigación : SI – NO
	Umbral: 100% Periodicidad: Anual	Existencia de certificado anual de vacunas al día, por cada alumno becado con desempeño en Servicio de Psiquiatría, entregado por Depto. de Docencia e Investigación y Centro Formador: SI – NO

### V.- ORGANIGRAMA DE GESTION TECNICA DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA:



Edición (Nº) : 1  
 Fecha Edición : Mayo - 2015  
 Fecha Revisión : Mayo - 2018  
 Vigencia : 3 años

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS CLINICO-ADMINISTRATIVOS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

### VI.- FUNCIONES Y PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA:

La Gestión en **Salud Mental Ambulatoria** tiene 2 componentes:

- A) Atención GES
- B) Atención No GES

#### Atención GES:

1.\_ Todo Beneficiario con sospecha de **Esquizofrenia** en quienes se manifiestan por primera vez los síntomas a partir del 1º de Julio de 2005:

- Con sospecha, tendrá acceso a evaluación diagnóstica, confirmación diagnóstica y tratamiento inicial por 180 días.
- Con confirmación diagnóstica, continuará tratamiento.

Tipo de Intervención Sanitaria:	Prestación o Grupo de Prestaciones en Patología Esquizofrenia
Diagnóstico	Atención por especialista dentro de <b>20 días</b> desde derivación.
Tratamiento	Inicio desde indicación del especialista.

2.- Todo beneficiario con sospecha de **Trastorno Bipolar**:

- Con confirmación diagnóstica por especialista, tendrá acceso a tratamiento
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.

Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones en Patología Trastorno Bipolar
Tratamiento	Inicio dentro de <b>24 horas</b> desde la confirmación diagnóstica
	Hospitalización: Dentro de <b>24 horas</b> desde la indicación médica

Edición (Nº) : 1  
 Fecha Edición : Mayo - 2015  
 Fecha Revisión : Mayo - 2018  
 Vigencia : 3 años

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS CLINICO-ADMINISTRATIVOS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

3.- Todo beneficiario de 15 años y más por patología **Depresión**:

- Con confirmación diagnóstica: tendrá acceso a tratamiento.

Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones
Tratamiento	Inicio desde confirmación diagnóstica (APS).
	Consulta con especialista dentro de <b>30 días</b> desde la derivación, según criterios establecidos en la Norma de carácter Técnico, Médico y Administrativo.
	Tratamiento Depresión con Psicosis, Alto Riesgo Suicida o Refractariedad Año 1
	Tratamiento Depresión Grave y Trastorno Depresión con Psicosis, Alto Riesgo Suicida o Refractariedad Año 2

Atención No GES (PROGRAMA PAD-):

4.- Convenio SENDA (1ª Respuesta Ambulatoria Intensiva. Código 015): Todo Beneficiario mayor de 20 años con Consumo Perjudicial o Dependencia de Alto Riesgo de alcohol y drogas, derivados desde los distintos dispositivos de la red de salud metropolitano occidente. Con capacidad de atención de 20 cupos de SENDA y 4 cupos propios del establecimiento.

Al ingresar el paciente al establecimiento los profesionales realizan confirmación diagnóstica de consumo perjudicial o dependiente de alto riesgo, en cuyo caso califica para su intervención y seguimiento.

Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones
	Rehabilitación Ambulatoria Intensiva
Tratamiento	1ª Respuesta Ambulatoria Intensiva; de Lunes a Viernes 6 a 8 horas.
Seguimiento	3 y 8 meses.

Edición (Nº) : 1  
 Fecha Edición : Mayo - 2015  
 Fecha Revisión : Mayo - 2018  
 Vigencia : 3 años

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS CLINICO-ADMINISTRATIVOS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

5.- Esquizofrenia Crónica (código 102): Todo Beneficiario con **Esquizofrenia** en control o No primer episodio, quienes se atienden en el establecimiento.

- Tendrá acceso a evaluación diagnóstica, confirmación diagnóstica, tratamiento permanente, rehabilitación y manejo comunitario

Tipo de Intervención Sanitaria:	Prestación o Grupo de Prestaciones en Patología Esquizofrenia
Diagnóstico	Atención por especialista en CAEE dentro del mes
Tratamiento	Inicio y control desde indicación del especialista en forma permanente. Rehabilitación

6.- Trastorno Ansiosos y de las Emociones y Conducta del Adulto (código 005): Todo Beneficiario mayor de 15 años con síntomas neuróticos o de personalidad, derivados desde los distintos dispositivos de la red de salud metropolitano occidente.

Al ingresar el paciente al establecimiento los profesionales realizan confirmación diagnóstica de alto riesgo, en cuyo caso califica para su intervención y seguimiento.

Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones
	Atención de especialidad a severa patología neurótica o de la personalidad
Tratamiento	Manejo médico y por equipo psicosocial.
Seguimiento	Control de larga estadía hasta el alta o a APS

7.- PAD Demencias y Trastornos Orgánicos (006) Todo Beneficiario mayor de 15 años con cuadros orgánicos.

Edición (Nº) : 1  
 Fecha Edición : Mayo - 2015  
 Fecha Revisión : Mayo - 2018  
 Vigencia : 3 años

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS CLINICO-ADMINISTRATIVOS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

Al ingresar el paciente al establecimiento los profesionales realizan confirmación diagnóstica de patología, en cuyo caso califica para su intervención y seguimiento.

Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones
	Atención de especialidad a Demencias y Trastornos Orgánicos
Tratamiento	Manejo médico y por equipo psicosocial.
Seguimiento	Control de larga estadía hasta el alta y/o traspaso a otros dispositivos

8.- Otros PAD: Todo Beneficiario mayor de 15 años con cuadros de interés clínico como Trastornos Alimentarios, Trastornos del Desarrollo Adultos, etc.

Al ingresar el paciente al establecimiento los profesionales realizan confirmación diagnóstica, en cuyo caso califica para su intervención y seguimiento.

Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones
	Subprogramas correspondientes
Tratamiento	De acuerdo a cuadro en control
Seguimiento	Según requerimiento

9.- Urgencias Psiquiátricas/Extensión Horaria:

Todo Beneficiario mayor de 15 años con cuadros de urgencia psiquiátrica y crisis conductuales

Al concurrir el paciente (o telefónicamente), los profesionales realizan "triage diagnóstico", calificando para su intervención o derivado a APS.

Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones
	Intervención en Crisis y/o Urgencia Psiquiátrica
Tratamiento	Entrevista y Tratamiento médico
Seguimiento	En dispositivo de derivación

Edición (Nº) : 1  
 Fecha Edición : Mayo - 2015  
 Fecha Revisión : Mayo - 2018  
 Vigencia : 3 años

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS CLINICO-ADMINISTRATIVOS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

10.- Atención Judicial y Pericias Todo Beneficiario con solicitud de pericia clínica por motivos judiciales u otros, como VIF, Abuso Infantil, etc.

Los profesionales realizan la pericia a solicitud del Juez o de otros organismos auxiliares, evacuando informe correspondiente.

Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones
Tratamiento	No se realiza
Seguimiento	No se realiza

11.- Psiquiatría Infanto Adolescente: Todo Beneficiario menor de 15 años con cuadros del desarrollo o de la conducta y emociones

Al ingresar el paciente y/o familiar se realiza confirmación diagnóstica, dando el alta, derivando a APS o seleccionando los casos para su intervención y seguimiento en el CAEE hacia tres sub programas diferenciados de menores:

1. GES
2. PAD
3. OTROS

1. GES: De acuerdo a Protocolo Esquizofrenia, TAB o Depresión en menores de 15 años. (Ver puntos anteriores 1, 2 y 3)

2. PAD:

Trastornos del Desarrollo: Beneficiarios menores de 15 años con Trastornos del Desarrollo

Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones
Tratamiento	Manejo médico y Psicosocial que puede incluir Hospital de Día
Seguimiento	Según requerimiento

Edición (Nº) : 1  
Fecha Edición : Mayo - 2015  
Fecha Revisión : Mayo - 2018  
Vigencia : 3 años

---

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS CLINICO-ADMINISTRATIVOS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

Trastornos de la Conducta y TDH: Beneficiarios menores de 15 años con Trastornos conductuales y del tipo psicomotor.

Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones
Tratamiento	Trastornos de la Conducta
Seguimiento	Manejo médico y Psicosocial que puede incluir manejo familiar
	Según requerimiento

3.-OTROS: Incluye intervenciones diversas en menores de 15 años como Pericias e intervenciones específicas de especialidad: Psicoterapia Familiar, Psicoterapia de Grupo. (Ver puntos anteriores 8 y 10).

Edición (Nº) : 1  
 Fecha Edición : Mayo - 2015  
 Fecha Revisión : Mayo - 2018  
 Vigencia : 3 años

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS CLINICO-ADMINISTRATIVOS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

Al identificarse los procesos de trabajo, se pueden describir los procedimientos resultantes, de acuerdo a:

Nombre del procedimiento	GESTION DE SALUD MENTAL AMBULATORIA
<b>Objetivo del procedimiento</b>	Atender oportunamente y en forma eficaz, a través de distintas modalidades (urgencia, control, grupos, etc.) a pacientes ambulatorios con trastornos de salud mental, a través del ciclo vital, pertenecientes al radio jurisdiccional área salud occidente.
<b>Alcance del procedimiento</b>	Cumplen con este procedimiento los equipos de profesionales interdisciplinarios, especialistas en salud mental, del ámbito de atención abierta. El procedimiento va dirigido a los beneficiarios del sistema público de salud, esto es pacientes ambulatorios referidos desde atención primaria, otros establecimientos de la red salud occidente y otros establecimientos del sistema público.
<b>Referencia del procedimiento</b>	Guías Clínicas Patologías de Salud Mental GES y NO GES. Protocolos de Salud Mental. Plan Nacional de Salud Mental. Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales versión 10, capítulo F, sobre Trastornos Mentales y Conductuales.
<b>Responsables del Procedimiento</b>	Jefe del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental Infanto Juvenil Adulto.  Jefe de Unidad de Psiquiatría Ambulatoria Adulta e Infanto Juvenil.  Enfermera Coordinadora Unidad Ambulatoria Adulta e Infanto-Juvenil.  Coordinador Médico de Unidad Ambulatoria Infanto-Juvenil.
<b>Definiciones del Procedimiento</b>	<u>Salud Mental Ambulatoria:</u> involucra la atención de patologías de salud mental GES y NO GES, mediante controles en Policlínico (CAAE) y atención de urgencia ( Programa de Extensión Horaria)  <u>Gestión en Red:</u> Se vincula con procesos de la atención primaria y coordinación intersectorial.  <u>Gestión a través del Ciclo Vital:</u> que impacta la salud mental en todas las etapas del desarrollo humano.

Edición (Nº) : 1  
 Fecha Edición : Mayo - 2015  
 Fecha Revisión : Mayo - 2018  
 Vigencia : 3 años

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS CLINICO-ADMINISTRATIVOS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

<p><b>Recursos e Insumos asociados</b></p>	<p>Horas profesionales de especialistas. Condiciones físico-ambientales, adecuados a las distintas etapas del desarrollo humano.</p>
<p><b>Descripción de etapas del procedimiento:</b></p>	<p><b>ETAPA I:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recepción de derivaciones vía atención primaria, por interconsulta (SAP – directa en extensión horaria – proceso triage, etc.).</li> <li>- Ingreso del paciente y registro en Ficha Clínica.</li> </ul> <p><b>ETAPA II:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación - Diagnóstica del cuadro clínico o trastorno mental asociado que presenta el paciente.</li> <li>- Registro en Ficha Clínica.</li> <li>- Información y Psicoeducación al paciente y/o acompañante y/o familiar del paciente.</li> </ul> <p><b>ETAPA III:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Confirmación Diagnóstica, mediante examen clínico y/o exámenes de Laboratorio e Imagenología.</li> <li>- Registro en Ficha Clínica.</li> <li>- Información y Psicoeducación al paciente y/o acompañante y/o familiar del paciente.</li> </ul> <p><b>ETAPA IV:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manejo y Tratamiento del cuadro clínico o trastorno mental, mediante procedimientos psicoterapéuticos, farmacológicos, biopsicosocial y otros.</li> <li>- Registro en Ficha Clínica.</li> <li>- Uso eventual de Consentimiento Informado.</li> <li>- Información y Psicoeducación al paciente y/o acompañante y/o familiar del paciente.</li> </ul> <p><b>ETAPA V:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Control y seguimiento del paciente. (Psiquiatría General – Psiquiatría de Especialidad (agudo y larga estadía))</li> <li>- Registro en Ficha Clínica.</li> <li>- Registro de citas en Carnet de Control.</li> <li>- Información y Psicoeducación al paciente y/o acompañante y/o familiar del paciente.</li> </ul>

Edición (Nº) : 1  
 Fecha Edición : Mayo - 2015  
 Fecha Revisión : Mayo - 2018  
 Vigencia : 3 años

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS CLINICO-ADMINISTRATIVOS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

<b>Medición de los procedimientos:</b>  Umbral: 60% Periodicidad: Trimestral	<u>Nº de reuniones clínicas con análisis de casos clínicos ambulatorios con decisión de manejo y tratamiento x 100</u> Nº total de reuniones clínicas anuales
	<u>Nº de sesiones grupales efectuadas con más de 8 pacientes por Terapeuta x 100</u> Nº total de sesiones grupales al mes
	<u>Nº de pacientes con intento de suicidio en los cuales se utiliza la Escala de Sad Persons x 100</u> Nº total de pacientes con intento de suicidio

Edición (Nº) : 1  
 Fecha Edición : Mayo - 2015  
 Fecha Revisión : Mayo - 2018  
 Vigencia : 3 años

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS CLINICO-ADMINISTRATIVOS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

Nombre del procedimiento	GESTION DE SALUD MENTAL HOSPITALIZADOS
<b>Objetivo del procedimiento</b>	Atender oportunamente y en forma eficaz, a través de la modalidad de atención cerrada a pacientes, desde los 15 años de edad con trastornos de salud mental, pertenecientes al radio jurisdiccional área salud occidente, derivados desde el ámbito ambulatorio control, extensión horaria, atención primaria de salud, otros establecimientos de la red salud occidente, otros establecimientos del sistema público y otros servicios clínicos del centro hospitalario, via interconsulta de enlace.
<b>Alcance del procedimiento</b>	Cumplen con este procedimiento los equipos de profesionales interdisciplinarios, especialistas en salud mental, del ámbito de atención cerrada. El procedimiento va dirigido a los beneficiarios del sistema público de salud, esto es pacientes derivados desde control ambulatorio, extensión horaria y atención primaria de salud, otros establecimientos de la red salud occidente y otros establecimientos del sistema público.
<b>Referencia del procedimiento</b>	Guías Clínicas Patologías de Salud Mental GES y NO GES. Protocolos de Salud Mental. Plan Nacional de Salud Mental. Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales versión 10, capítulo F, sobre Trastornos Mentales y Conductuales. Norma Técnica 35, de Autorización Sanitaria (Reglamento N° 570 / 1998. Modelo de Gestión: Unidad de Hospitalización Psiquiatría Corta Estadía para población adulta e Infante adolescente (División de Gestión de la Red Asistencial, Depto. de Gestión de Procesos Asistenciales Integrados, Unidad de Salud Mental.)
<b>Responsables del Procedimiento</b>	Jefe del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental Infante Juvenil Adulto. Jefes (2) de Unidades de Hospitalizados de Psiquiatría Adulto y Psiquiatría Infante Juvenil. Enfermera Supervisora del Servicio de Psiquiatría.
<b>Definiciones del Procedimiento</b>	<u>Salud Mental de Atención Cerrada:</u> Involucra la atención de patologías de salud mental GES y NO GES, mediante la hospitalización y atención de pacientes agudos de corta estadía, en el contexto de una red de salud mental.

Edición (Nº) : 1  
 Fecha Edición : Mayo - 2015  
 Fecha Revisión : Mayo - 2018  
 Vigencia : 3 años

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS CLINICO-ADMINISTRATIVOS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

	<p><u>Gestión en Red</u>: Se vincula con procesos de la atención primaria y coordinación intersectorial.</p> <p><u>Gestión a través del Ciclo Vital</u>: que busca resolver mediante la internación los trastornos de salud mental en todas las etapas del desarrollo humano, especialmente en el ámbito adolescente, en que se dispone de un restringido número de cupos cama a nivel nacional.</p>
<p><b>Insumos/recursos asociados</b></p>	<p>Horas profesionales de especialistas.                  Condiciones físico-ambientales, adecuados a las distintas etapas del desarrollo humano.</p>
<p><b>Descripción de etapas del procedimiento:</b></p>	<p><b>ETAPA I:</b>                  Recepción de derivaciones internas vía Unidad de Gestión de Camas, procedentes de, extensión horaria, atención ambulatoria (demanda espontánea, control) y Unidad de Emergencia Infantil. Externamente desde otros establecimientos de la red salud occidente y otros establecimientos del sistema público.                  El ingreso de estos pacientes se realiza mediante registro en ficha clínica y en una ficha ad-hoc, que incluye consentimiento informado, indicaciones médicas y farmacológicas, información que es completada en el ámbito de atención cerrada por el residente de turno.</p> <p><b>ETAPA II:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación - Diagnóstica del cuadro clínico o trastorno mental asociado que presenta el paciente.</li> <li>- Registro en Ficha Clínica.</li> <li>- Información y Psicoeducación al paciente y/o acompañante y/o familiar del paciente.</li> </ul> <p><b>ETAPA III:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Confirmación Diagnóstica, mediante examen clínico y/o exámenes de Laboratorio e Imagenología.</li> <li>- Registro en Ficha Clínica.</li> <li>- Información y Psicoeducación al paciente y/o acompañante y/o familiar del paciente.</li> </ul> <p><b>ETAPA IV:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manejo y Tratamiento hospitalizado del cuadro clínico o trastorno mental, mediante procedimientos psicoterapéuticos, farmacológicos, biopsicosocial y otros.</li> </ul>



Edición (Nº) : 1  
 Fecha Edición : Mayo - 2015  
 Fecha Revisión : Mayo - 2018  
 Vigencia : 3 años

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS CLINICO-ADMINISTRATIVOS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

<b>Nombre del procedimiento</b>	<b>GESTION DE REHABILITACION</b> <i>(Hospital de día, corta estadía, policlínicos, centros de rehabilitación específicos, etc.)</i>
<b>Objetivo del procedimiento</b>	Intervenir precoz y oportunamente en la rehabilitación psicosocial a través de una modalidad específica de atención para pacientes con trastornos mentales graves, permitiendo un diagnóstico de funcionalidad, un tratamiento intensivo /progresivo y en red con el fin de potenciar los remanentes sanos contribuyendo a la reinserción social del paciente.
<b>Alcance del procedimiento</b>	Deberán cumplir con este procedimiento el equipo de rehabilitación del ámbito hospitalizado y ambulatorio del Servicio de Psiquiatría. Este procedimiento cubre a pacientes con trastornos psicóticos graves (esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, trastorno psicótico orgánico, etc.) que requieren potenciar oportunamente sus remanentes sanos y posibilitar su reinserción social.
<b>Referencia del procedimiento</b>	Guías Clínicas Patologías de Salud Mental GES y NO GES. Protocolos de Salud Mental. Plan Nacional de Salud Mental. Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales versión 10, capítulo F, sobre Trastornos Mentales y Conductuales.
<b>Responsables del Procedimiento</b>	Jefe del Servicio de Psiquiatría. Equipo de Rehabilitación, integrado por horas profesionales de; Terapeuta Ocupacional, Asistente Social, Psicólogo, Personal de Enfermería y Secretaria.
<b>Definiciones del Procedimiento</b>	<b>Gestión de Rehabilitación:</b> Conjunto de tareas interrelacionadas orientadas a estimular los remanentes sanos de los pacientes con trastornos mentales graves.
<b>Insumos/ recursos asociados</b>	Horas profesionales de convenio docente asistencial, Universidad San Sebastián. Horas Hombre Equipo de Rehabilitación. Salas habilitadas. Recursos propios con la venta de manualidades. Insumos para manualidades puestas por el establecimiento / Universidad San Sebastián.

Edición (Nº) : 1  
 Fecha Edición : Mayo - 2015  
 Fecha Revisión : Mayo - 2018  
 Vigencia : 3 años

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS CLINICO-ADMINISTRATIVOS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

Descripción de etapas del procedimiento	
	<p><b>ETAPA I:</b> De acuerdo a la evidencia, mientras más precozmente se inicie el tratamiento, es decir, mientras más corta sea la fase de psicosis no tratada, mejores son los resultados del tratamiento en el largo plazo. Al ingreso del paciente al Servicio de Psiquiatría (atención cerrada o abierta) junto con el diagnóstico médico se realiza una evaluación funcional del paciente, categorizándolo en tres tipos, de acuerdo a sus remanentes sanos.</p> <p><b>ETAPA II:</b> En la medida que el paciente es atendido por su patología principal, se instaura un régimen de estimulación temprana de sus áreas funcionales que habitualmente han sido dañadas por la enfermedad (cognición, psicomotricidad, lenguaje, etc.)</p> <p><b>ETAPA III:</b> Por tratarse de un servicio de mayor especialidad (atención de casos más complejos), es habitual que la permanencia sea breve, potenciando la necesidad de realizar un plan de rehabilitación que se prolongue a otros dispositivos de la red, siendo habitual que en el post alta se continúe un tratamiento ambulatorio de rehabilitación, en otros (<i>policlínicos, hospital de día (intra o extra institucional), centros diurnos de la red de salud occidente, COSAM, APS y otros servicios especializados</i>).</p> <p><b>ETAPA IV:</b> El plan de tratamiento personalizado considera en algún momento de su evolución, que ha completado satisfactoriamente la etapa anterior. El médico tratante y equipo de rehabilitación analizan factibilidad de ingresar al paciente al proceso de reinserción social, con registro de esta indicación en Ficha Clínica. Esto puede ocurrir en la etapa de control ambulatorio del paciente (intra o extra institucional) El paciente ingresa a reinserción social, como la etapa final y exitosa del proceso de rehabilitación. La reinserción forma parte de una evaluación que considera posible que los remanentes sanos del paciente se potencien focalizadamente al logro de objetivos laborales y sociales, favoreciendo la integración a su medio. La medición del indicador se realizará en base a una hoja de registro de atenciones diarias en el ámbito hospitalizado, dentro de Ficha Clínica.</p>

Edición (Nº) : 1  
 Fecha Edición : Mayo - 2015  
 Fecha Revisión : Mayo - 2018  
 Vigencia : 3 años

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS CLINICO-ADMINISTRATIVOS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

<p><b>Medición de los procedimientos</b></p> <p>Umbral: 90% 1º brote                  Periodicidad: Trimestral</p>	<p><u>Nº de pacientes con trastornos esquizofrenia 1º brote en rehabilitación</u> x 100                  Nº total de pacientes ingresados con trastornos esquizofrénicos de 1º brote</p>
<p>Umbral: 10%                  Periodicidad: Trimestral</p>	<p><u>Nº de pacientes con trastornos psicóticos que ingresan al Servicio de Psiquiatría con implementación de plan personalizado integral</u> x 100                  Nº total de pacientes con trastornos psicóticos que ingresan al Servicio de Psiquiatría</p>

Edición (Nº) : 1  
 Fecha Edición : Mayo - 2015  
 Fecha Revisión : Mayo - 2018  
 Vigencia : 3 años

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS CLINICO-ADMINISTRATIVOS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

<b>Nombre del procedimiento</b>	<b>GESTION PSIQUIATRÍA COMUNITARIA Y SOCIAL</b>
<b>Objetivo del procedimiento</b>	<p>Atender a las necesidades de los equipos de salud mental de la atención primaria y su población asignada, a través de actividades en terreno, con un enfoque preventivo en el manejo de trastornos de salud mental, enfatizando la resolución pre hospitalaria.</p> <p>Operativizado a través de distintas modalidades:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Orientación al paciente y comunidad a través de "Oficina de Psiquiatría Comunitaria".</li> <li>2.- "Interconsulta de expertos a APS".</li> <li>3.- "Psicoeducación a los distintos equipos de salud mental de APS."</li> </ol>
<b>Alcance del procedimiento</b>	La cobertura de este procedimiento cubre comunidades territoriales y funcionales, equipos de APS y pacientes que ingresan y egresan en tránsito ambulatorio del Servicio de Psiquiatría.
<b>Referencia del procedimiento</b>	<p>Guías Clínicas Patologías de Salud Mental GES y NO GES.</p> <p>Protocolos de Salud Mental.</p> <p>Plan Nacional de Salud Mental.</p> <p>Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales versión 10, capítulo F, sobre Trastornos Mentales y Conductuales.</p>
<b>Responsables del Procedimiento</b>	<p>Jefe del Servicio de Psiquiatría</p> <p>Encargada de Oficina Comunitaria</p> <p>Jefe del Policlínico de Psiquiatría.</p> <p>Interconsultorias (becados)</p>
<b>Definiciones del Procedimiento</b>	<p><b>Interconsulta:</b></p> <p>Es un procedimiento prehospitalario, que busca optimizar la resolución de los casos de salud mental en APS.</p> <p><b>Psiquiatría Comunitaria:</b> orientada a la ambularización y manejo coparticipativo con la comunidad de los problemas de psiquiatría y salud mental.</p>
<b>Insumos/ recursos asociados</b>	<p>Horas profesionales de especialistas.</p> <p>Condiciones físico-ambientales, adecuados a las distintas etapas del desarrollo humano.</p>
<b>Descripción de etapas del procedimiento</b>	<p><b>ETAPA I:</b></p> <p>1.- Cuando el paciente ingresa o egresa al Servicio de Psiquiatría, tiene la posibilidad de acceder a información y orientación específica, ser categorizada su necesidad y derivada de acuerdo a la naturaleza y a la disposición de recursos en la red de apoyo intersectorial o interna, a través de su atención en la Oficina de Psiquiatría Comunitaria.</p>