

Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Carrera de Sociología



**REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA ESQUIZOFRENIA EN LAS REDES
SOCIALES PRIMARIAS DE PERSONAS ESQUIZOFRÉNICAS.**

Alumno: Ricardo Fuentealba Hernández.

Memoria para Optar al Título Profesional de Sociólogo

Profesora Guía: Silvia Lamadrid Álvarez.

INDICE

INTRODUCCION.....	Pág. 4
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN. SALUD MENTAL, POLÍTICAS PÚBLICAS Y EXCLUSIÓN SOCIAL.....	Pág. 8
1.1.-Planteamiento Del Problema.....	Pág. 8
1.2.- Preguntas de Investigación.....	Pág. 13
1.3.- Objetivo General.....	Pág. 14
1.4.- Objetivos Específicos.....	Pág. 14
1.5.- Relevancia de la Investigación.....	Pág. 14
CAPÍTULO II: ANTECEDENTES DEL ESTUDIO. ENFERMEDAD MENTAL Y PSIQUIATRÍA. DEVENIR HISTÓRICO EN EL MUNDO Y CASO CHILENO...	Pág. 18
2.1.- Antecedentes de la Psiquiatría. Trastorno Mental entre la magia y la ciencia.....	Pág. 18
2.2.- Albores de la Psiquiatría, Tratamiento Terapéutico y Concepciones Humanitarias del Enfermo Mental.....	Pág. 23
2.3.- Psiquiatría Romántica y Psiquiatría Biológica.....	Pág. 27
2.4.- Siglo XX. Abolición del Manicomio e ¿Integración social?.....	Pág. 29
2.4.1.- Antipsiquiatría	Pág. 31
2.4.2.- Procesos de Reforma Psiquiátrica y surgimiento de la Psiquiatría Comunitaria.....	Pág. 39
2.4.2.1.- Francia y la política del sector.....	Pág. 41
2.4.2.2.- Gran Bretaña y el Servicio Nacional de Salud.....	Pág. 42
2.4.2.3.- EE.UU. y los problemas de salud mental sin políticas públicas.....	Pág. 44
2.4.2.4.- La reforma antipsiquiátrica a la italiana.....	Pág. 46
2.4.2.5.- La Reforma de Quebec.....	Pág. 48
2.5.- Desarrollo histórico de la Psiquiatría en Chile.....	Pág. 49
2.5.1.- La Era del Asilo.....	Pág. 50
2.5.2.- El Hospital Psiquiátrico y el Surgimiento de la Especialidad Médica.....	Pág. 52
2.5.3.- Psiquiatría Comunitaria en Chile. Avances y Retrocesos.....	Pág. 53
2.6.- Momento de Síntesis. Panorama General de la Psiquiatría, Avances y Desafíos Actuales.....	Pág. 57
CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO. CONCEPTOS CLAVES.....	Pág. 67
3.1.- Proceso Salud-Enfermedad e influencia en la Psiquiatría Comunitaria.....	Pág. 67
3.2.- Esquizofrenia y Psiquiatría.	Pág. 71
3.2.1.- De la Demencia Precoz a la Esquizofrenia.....	Pág. 73
3.2.2.- Corriente fenomenológica y el Abordaje Comprehensivo de la Esquizofrenia.....	Pág. 77
3.2.3.- Paradigma Biomédico. Camino al DSM IV y CIE 10.....	Pág. 78
3.3.- Representaciones Sociales.....	Pág. 82
3.3.1.- Surgimiento del Concepto.....	Pág. 83
3.3.2.- La Realidad Social.....	Pág. 85
3.3.3.- Características de las Representaciones Sociales.....	Pág. 91
3.3.4.-Emergencia De Las Representaciones Sociales.....	Pág. 96
3.3.5.- Mecanismos de Objetivación y Anclaje.....	Pág. 98
3.4.- Redes Sociales Primarias y Familia. Más allá del Parentesco.....	Pág. 101
3.4.1.- Redes sociales, Salud Mental y Esquizofrenia.....	Pág. 103
3.4.2.- Familia y Sobrecarga Emocional.....	Pág. 109
3.5.- Políticas Públicas en Salud Mental.....	Pág. 112

3.5.1.- Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.....	Pág. 115
3.5.2.- Equipos de Salud y Desarrollo del Componente Comunitario...	Pág. 121
3.5.3.- Enfoque Comunitario en el Servicio de Salud Metropolitano Sur.....	Pág. 131
.	
CAPÍTULO IV: MARCO METODOLÓGICO.....	Pág. 136
4.1.- Diseño de Investigación.....	Pág. 136
4.2.- Tipo de Estudio.....	Pág. 137
4.3.- Población de referencia.....	Pág. 137
4.4.- Herramientas de levantamiento de la información.....	Pág. 137
4.4.1.- Grupos Focales.....	Pág. 138
4.4.2.- Las entrevistas en profundidad.	Pág. 139
4.4.3.- Guion Temático -Pauta de conversación.....	Pág. 140
CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	Pág. 143
5.1.- Visión de los Actores. Análisis de Grupos Focales y Entrevistas en Profundidad.....	Pág. 144
5.1.1.- Conocimiento Previo a la Aparición de la Enfermedad.....	Pág. 145
5.1.2.- Impacto de la Aparición de la Enfermedad en la Familia.....	Pág. 146
5.1.3.- Percepción de la Persona con Esquizofrenia y Estigma subyacente.....	Pág. 155
5.1.4.- Discriminación Hacia la Familia y Aislamiento Social.....	Pág. 156
5.1.5.-Posibilidad de Autonomía y Prejuicio Familiar.....	Pág. 162
5.1.6.- Evaluación del Tratamiento y Proceso de Rehabilitación.....	Pág. 170
5.2.- Síntesis Interpretativa.....	Pág. 174
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES FINALES.....	Pág. 178
BIBLIOGRAFÍA.....	Pág. 181

INTRODUCCION

La sociedad se funda en la interacción humana, en las relaciones entre sus miembros, en la cultura que éstas crean y en la organización social, política y económica resultante de estos significados compartidos.

Las sociedades actuales, sea cual sea su grado de desarrollo, se tornan aceleradamente mas interdependientes, en un mundo cada vez más globalizado. Se exige a los individuos mayores habilidades sociales para una integración en grupos que le faciliten lograr sus propósitos y, contradictoriamente, se favorece el individualismo y la competencia entre los individuos en base a leyes economicistas. Se estimulan a los más fuertes en detrimento de los más débiles, que son excluidos del proceso de adaptación social.

El crecimiento macroeconómico no se traduce necesariamente en lo microeconómico o en el desarrollo humano, por lo que, en una economía floreciente, puede aumentar la pobreza; disminuir el bienestar o calidad de vida de grupos mayoritarios y aumentar la exclusión social de quienes no estén capacitados para enfrentar las crecientes exigencias de una sociedad competitiva.

Los individuos o grupos humanos objeto de esa exclusión tienen en común que cuentan con menos herramientas y/o posibilidades que el resto para afrontar y superar los retos de la vida diaria y participar de modo creador en el proceso social.

Estos fenómenos o problemáticas asociadas al modelo de desarrollo imperante, además de expandirse de forma global, han permeado todas las dimensiones de la sociedad provocando un cambio insoslayable en la conceptualización el proceso de Salud-enfermedad y en la construcción de una intersubjetividad asociada a este.

En este sentido, se considera que el proceso salud-enfermedad tiene carácter social tanto por ser socialmente determinado, cuanto por ser en sí mismo un proceso social, y en el caso de las enfermedades mentales, determinado de manera gravitante por el nivel de integración real de quienes sufren este tipo de trastornos.

El incremento en la prevalencia de patologías mentales asociadas a determinantes sociales multifactoriales que, a su vez, generan procesos de inequidad y desigualdad,

han impulsado el debate respecto, tanto a los modelos interpretativos de la salud y la enfermedad, como de los métodos de intervención y tratamiento de ciertas patologías, cuyo pronóstico se relaciona directamente con el nivel de integración social efectiva que logren quienes sufren este tipo de trastornos.

En este escenario, la psiquiatría, a pesar de ser una de las especialidades más nuevas de la medicina, ha requerido de una reformulación paradigmática en su enfoque –en el sentido que Kuhn da al periodo de crisis de la ciencia- desde una mirada netamente biomédica y centrada en la relación asistencialista con el paciente, hasta un enfoque psicosocial, que se haga cargo de la realidad contextual y de los factores sociales asociados a los problemas de salud en general y especialmente a los trastornos mentales.

Lo anterior cobra especial relevancia, si consideramos que en Chile se ha incrementado progresivamente la demanda de la población por servicios de salud mental y psiquiatría, debido a un aumento real de la prevalencia de factores de riesgo y enfermedades mentales, a una mayor conciencia de la importancia de tratar estos problemas y de las distintas alternativas para enfrentarlos, .

Por su parte, la esquizofrenia, a pesar de ser uno de los trastornos mentales más estudiados en la psiquiatría y en el mundo de la salud mental en general, es una de las patologías en que existe menos consenso respecto a su causa, abordaje y tratamiento, además de ser una de las patologías que genera mayor discriminación y estigmatización de quienes la padecen.

La realidad anteriormente descrita, plantea una situación compleja para el logro de los objetivos del Plan Nacional de Salud Mental, que propende entre otras cosas, a que toda persona con discapacidad psíquica, se rehabilite en la comunidad, insertándose en ésta a través de sus redes, sean éstas primarias o secundarias, familiares o comunitarias. Lo anterior supone o asume como aspecto central del modelo comunitario, la participación activa de la familia en la intervención y rehabilitación de las personas con esquizofrenia y en el desarrollo de habilidades sociales que permitan la integración en la comunidad.

En efecto, el modelo propuesto por el estado se basa en el enfoque biopsicosocial, que integra estas tres dimensiones -biológica, psicológica y social-, tanto en la promoción de la salud mental como en la prevención, tratamiento y rehabilitación de

este tipo de patologías. De esta manera, se considera como un eje central la participación activa de usuarios, familiares y sus organizaciones, tanto en actividades de ayuda mutua y en la defensa de sus derechos de salud y humanos, como en la planificación y evaluación de programas de salud mental.

Sin embargo, nuestro país no se encuentra ajeno a problemas asociados a los procesos de modernización en un contexto de globalización y masificación de un modelo de desarrollo que propende al individualismo, con el éxito -especialmente económico- como valor central.

En efecto, Chile ha experimentado un aceleradísimo proceso de modernización de corte neoliberal, basado en el individuo, la autonomía económica, el trabajo como valor per se y el consumo como fuente de identidad. Los efectos de este cambio han ocasionado una profunda transformación en las familias chilenas, provocando un debilitamiento del rol de la familia y de las redes de apoyo social y generando exigencias cada vez más altas, en un sistema competitivo que mantiene al individuo en constante tensión, desestabilizando el desarrollo y la salud mental de la población y profundizando los problemas psicosociales asociados a la pobreza, la violencia y la discriminación negativa de los grupos vulnerables.

Respecto de las transformaciones en la familia, algunas de las características principales en que se ha traducido son la disminución del número de hogares organizados en torno a la vida en pareja o a un proyecto de familia tradicional (matrimonio); el aumento del promedio de edad al momento de contraer matrimonio, y de la edad de las madres al momento de tener a su primer hijo; una fuerte declinación de la natalidad entre las mujeres casadas; se ha desacoplado la fecundidad del matrimonio, lo que ha conducido que más de la mitad de los niños nazca por fuera del matrimonio; los hogares formados por parejas que cohabitan se han multiplicado; hay un aumento de las familias monoparentales, especialmente aquellas con jefatura femenina y hay un crecimiento importante del número de personas que viven solas. (Tironi, 2008)

De acuerdo a los planteamientos de Eugenio Tironi, tenemos además cuatro dimensiones en las que la conformación actual de la familia chilena afectan sus capacidades para actuar como uno de los pilares en que se sustenta el modelo de comunitario en el tratamiento de problemas mentales de salud. “Primero, los matrimonios son cada día más escasos y más frágiles. Hoy día el matrimonio no es un

estado para toda la vida, sino que está pensado más bien como un soporte de la felicidad personal. Por lo tanto, y en segundo término, con el aumento del divorcio han aumentado también las familias recompuestas, formadas por hijos de diferentes parejas. La tercera tendencia es la acelerada incorporación de la mujer a la fuerza de trabajo y, la cuarta, es más bien una pregunta: ¿El hombre compartirá más el trabajo doméstico con la mujer? Hasta ahora ha resultado bastante renuente”.

Con este panorama, tenemos por un lado el impulso a un modelo de atención en salud mental centrado en la rehabilitación con base comunitaria y en la participación activa de la familia y las redes sociales en el proceso de recuperación de la salud y por otro lado tenemos sociedad más individualista y atomizada que dificultan el establecimiento de redes sociales fuertes que se constituyan en efectivos apoyos para la reinserción social de personas con trastornos psiquiátricos severos.

Esto sumado al innegable estigma de la esquizofrenia y todos los procesos discriminatorios que este estigma provoca, incluso al interior de las propias familias de quienes la padecen, presenta una realidad poco favorable para la integración social y la superación efectiva del sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida que implica esta patología.

En efecto, no obstante los innegables adelantos científico-tecnológicos, las creencias en torno a la locura no han cambiado radicalmente y la esquizofrenia se ha ido constituyendo en la representación de la “Locura” por excelencia. Esto se traduce en que, aún en el siglo XXI, a quienes padecen este trastorno se les estigmatiza, discrimina y excluye socialmente. A ello se suma, que aquellos que han sido des-institucionalizados, se encuentran en un mundo reticente a la integración y la rehabilitación, negándoseles el ingreso real a la sociedad. Se les nombra y se les incluye en términos referenciales, aún cuando la práctica muestra que el loco sigue siendo excluido de la sociedad.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN. SALUD MENTAL, POLÍTICAS PÚBLICAS Y EXCLUSIÓN SOCIAL.

1.1.-Planteamiento Del Problema

En el contexto socio cultural actual, postmoderno y bajo la preeminencia de un modelo político económico de libre mercado, los conceptos de salud y enfermedad, se relativizan en sus significados, toda vez que son constructos que permiten el diálogo social en torno a conceptos más amplios y complejos, como el bienestar y la calidad de vida -especialmente si nos circunscribimos a las problemáticas salud mental-.

De acuerdo a la conceptualización asumida en las definiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), basada en la teoría de los determinantes sociales, se considera la salud como “El completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades”.

En este sentido, la salud ya no es circunscrita a la capacidad o posibilidad de mantenerse libre de enfermedades, en el sentido puramente orgánico, sino que debe ser entendida como una construcción social, resultado de modalidades específicas de relaciones sociales, que constituyen una trama de representaciones (articulación entre los modos de percibir, categorizar y significar) y prácticas en las que se intervienen procesos económicos, sociales, políticos e ideológicos. (Grimberg , 1995).

A partir de esta definición, estableceremos una de las premisas fundamentales del presente estudio: la salud mental no se reduce solo a la ausencia de patologías psiquiátricas, sino a un estado de bienestar superior, que solo se logra con la integración efectiva y de las personas a su medio y la serie de realizaciones personales y sociales que esto implica.

En efecto, si pensamos que la salud y la enfermedad, son temas que han concernido a la humanidad desde sus inicios y que el estudio y significación social de éstos son todavía materia de discusión epistemológica, el panorama se complejiza aun más a la hora de hablar de enfermedades que afectan la salud mental y provocan un deterioro sustantivo de la calidad de vida de un grupo importante de la población y todo su entorno, como es el caso de la Esquizofrenia.

La esquizofrenia es uno de los trastornos mentales que más estudios ha suscitado en la historia de la psiquiatría, tanto por las complejas características de su cuadro clínico, como por la gran variedad de hipótesis planteadas respecto a sus causas.

En el plano social es una de las psicopatologías que ha generado más discriminación y exclusión social de quienes la padecen, producto del fuerte estigma asociado tanto a la enfermedad misma, como a quienes la presentan y todo su entorno familiar.

Incluso bajo paradigmas fundados en la razón y la ciencia, la esquizofrenia se caracterizó como un desorden neuroquímico o una alteración a nivel de la personalidad, sin mayor vinculación con el contexto social, constituyéndose en el plano subjetivo de las personas, afectando su construcción de realidad.

Definiciones de este tipo, actuaron fuente de exclusión, estigma y descalificación, en el plano social y determinaron -durante extensos periodos históricos- el aislamiento, abandono y reclusión de los esquizofrénicos en instituciones psiquiátricas, más parecidas a las cárceles que a un espacio de contención o rehabilitación y condenándolos incluso a tratamientos rayanos en el sadismo. (Huneus, 2005)

La concepción de las enfermedades mentales, viene a dar cuenta de un proceso similar al de la exclusión por comportamientos socialmente inaceptables –que pudieran no atribuirse a trastornos-, produciéndose el resultado universalmente más aceptado y la respuesta social más frecuente frente a lo desconocido: la exclusión e incluso eliminación social de los que presenten estos comportamientos.

Desde una perspectiva histórica, podemos distinguir distintas formas de conceptualizar y abordar a la enfermedad mental y los trastornos que hoy conocemos o categorizamos como graves. Desde las explicaciones basadas en el pensamiento mágico-religioso - con rituales de sanación como tratamiento-, hasta la exacerbación de los fundamentos biologicistas y farmacológicos como paradigmas rectores.

Sin embargo y a pesar de la primaria atribución mágica no demoró mucho en dar paso a la razón y la investigación empírica y con ello a nuevas formas de comprensión de la locura, el lugar del “loco” en la sociedad no cambia en forma sustancial.

Se profundizará más adelante en la historia de la psiquiatría y la dinámica en las formas de entender la locura, sin embargo, nos interesa relevar el hecho de que la

conceptualización de las enfermedades mentales -por ende de la esquizofrenia- se ve directamente influenciada por el contexto social. A su vez, las representaciones sociales de la esquizofrenia, han influido en la determinación del lugar que corresponde a quien padece la enfermedad en la estructura social y la forma como la sociedad (Estado, familia, comunidad científica, etc.) ha actuado frente a quién padece algún trastorno de este tipo y su entorno familiar.

En el caso Chileno y respecto de los cambios en el paradigma de abordaje a los trastornos mentales, en la actualidad, luego de un largo tiempo de exclusión social y reclusión manicomial del enfermo mental grave, se ha asumido una orientación biopsicosocial en el abordaje de la Salud Mental, que implica tratar estas patologías como condiciones crónicas de salud, cuyo abordaje es responsabilidad del estado (desde una perspectiva salubrista), tanto respecto a su prevención como a su tratamiento, pero que requieren del concurso activo de la comunidad para su superación.

Los tratamientos de las patologías mentales severas como la esquizofrenia, se rigen por los mismos principios basados en enfoques multidisciplinarios, en miras de potenciar las redes entre el individuo y su entorno y favorecer su reinserción a la comunidad, como parte sustancial del proceso terapéutico. Sin embargo, estos modelos basados en los principios de la psiquiatría comunitaria, la Rehabilitación con Base Comunitaria y el enfoque biopsicosocial, representan un gran desafío en términos sociales, puesto que se piensa en afectado y su familia insertos e integrados a la comunidad cercana y la sociedad en general y se abandona la idea de que la mejoría del sujeto se da sólo en el plano biomédico mediante la internación hospitalaria –que muchas veces funcionaba como soporte o desahogo de la familia en situaciones que desbordan sus capacidades-.

En este sentido, no basta con desarrollar tratamientos farmacológicos o intervenciones grupales, familiares o sociocomunitarias dentro de la “oferta” de prestaciones de la salud pública, sino permear a toda la sociedad con los principios subyacentes al enfoque de salud como proceso social, al abordaje biopsicosocial de los problemas de salud y a la psiquiatría comunitaria.

Es indispensable realizar un proceso de concientización del grave problema de exclusión social inherente a las patologías mentales severas, partiendo desde las redes sociales primarias, pues en estas pueden existir prejuicios, sustentadas en un

desconocimiento del trastorno y su tratamiento, que les impidan desempeñar una labor de integración. Si lo que se busca es la reducción del estigma y la posibilidad de aumentar la inserción social de las personas con esquizofrenia a su entorno, se debe partir por identificar cómo la familia, la red social primaria¹ y la comunidad se representan al esquizofrénico, para definir estrategias de mitigación de los prejuicios y favorecer la inclusión social.

Ahora bien, respecto de la responsabilidad estatal, el Programa Nacional de la Salud Mental y Psiquiatría del Ministerio de Salud incorpora a la esquizofrenia como una de sus prioridades y la Reforma de Salud la consigna como una de las patologías cubiertas por las Garantías Explícitas en Salud (GES), definiéndola como: “una condición crónica que frecuentemente tiene efectos devastadores en muchos aspectos de la vida del paciente y conlleva un alto riesgo de suicidio y el menoscabo de la calidad de vida de la persona” (MINSAL, 2001). Lo importante de esta definición, además de la garantía asociada, es la consideración de la patología dentro de las condiciones crónicas, sin embargo, al revisar las garantías implicadas en los protocolos GES, el acceso se asegura sólo a quienes presenten síntomas de la enfermedad (primer brote) a partir de la incorporación de la patología al AUGE garantizando para ellos tanto el diagnóstico como el tratamiento².

Lo anterior no es menor, ya que excluye a un número importante de pacientes crónicos, que presentan la patología desde una larga data y son fuertemente dependientes de las instituciones psiquiátricas, ya sea por el nivel del deterioro cognitivo; por la atomización de sus redes sociales y/o comunitarias; por sus precarias condiciones socioeconómicas; por sus escasas herramientas para la integración social o por una combinación de determinantes.

Así, aunque en el planteamiento teórico, se le reconoce como una situación crónica, en la operacionalización de estos postulados, el Estado nuevamente excluye al grupo

¹ **Respecto de la Red Social Primaria, más adelante se profundizará en el concepto dentro del marco teórico, sin embargo, como elemento central de la reflexión, la definiremos desde ya como un grupo de sujetos que interactúan en función de sus intereses personales, más allá de las instituciones formalmente establecidas y que generan relaciones de cariño y confianza, por lo que incorpora a la familia, pero no se agota en esta.**

² De acuerdo al protocolo AUGE para la Esquizofrenia, tendrán acceso “Todas aquellas personas con sospecha clínica de esquizofrenia en quienes se manifiesta por primera vez los síntomas psicóticos francos tendrá acceso a la evaluación diagnóstica por equipo especializado. (No incluye las personas con diagnóstico y tratamiento de esquizofrenia anterior al 1º de abril 2004.) Las personas con diagnóstico confirmado tendrán acceso a tratamiento integral por equipo especializado que incluye fármacos antipsicóticos, de acuerdo a protocolo”.

más crítico, los crónicos- para los que no se explicita la dimensión comunitaria como un aspecto fundamental en el tratamiento de la enfermedad.

El problema es la generalización del término comunitario para denominar cualquier actividad extrahospitalaria. Al igual que puede suceder con la desinstitucionalización. Hernán San Martín y Vicente Pastor, abordan con extraordinaria claridad este aspecto en un libro publicado en 1988 (Salud comunitaria: Teoría y práctica, Madrid: Díaz de Santos), donde consignan: "Se puede hablar de "salud comunitaria" cuando los miembros de una comunidad, conscientes de constituir una agrupación de intereses comunes, reflexionan y se preocupan por los problemas de salud de la comunidad, expresan sus aspiraciones y necesidades, y participan activamente, junto a los servicios de salud, en la solución de sus problemas a través de los programas locales de salud. En realidad, lo que llamamos "salud comunitaria" es el programa de salud pública local, planificado sobre la base de los problemas y necesidades de cada comunidad, ejecutado con la participación de la comunidad. Se trata de una estrategia para aplicar localmente los programas de salud pública, y no de una especialidad nueva de la salud pública, y menos de la medicina".

Abundando en el problema y respecto del estigma, se suma el rol que cumplen los medios de comunicación, como constructor de significados e imágenes sociales y cuyo discurso estigmatizador colabora en la marginación de los *locos* y todo aquello que se aparta de la norma. De hecho, en las oportunidades en que los medios mencionan la esquizofrenia ha sido a consecuencia de un hecho delictual donde quien lo comete padecería de una enfermedad mental, la que automáticamente se asocia a la esquizofrenia. Cabe recordar el crimen cometido por Rodrigo Orias, en la Catedral Metropolitana, donde los medios señalaban –sin fundamento racional alguno- que su presunta vinculación a sectas satánicas y preferencias musicales, habrían sido los responsables directos del delito, y no a la esquizofrenia que posteriormente le fue diagnosticada, y cuyos síntomas no fueron abordados por las redes sociales

Los antecedentes expuestos, intentan esbozar las variadas problemáticas o dimensiones de los trastornos mentales severos, y en específico de la esquizofrenia, ampliando la mirada hacia el aspecto social y las implicancias de la adopción e implementación del modelo comunitario. En este contexto se hace fundamental conocer cuales son los modos de las redes sociales primarias de enfrentar tales problemática, ya que éstas se constituyen como un pilar fundamental en el proceso de inserción social de las personas con trastornos psiquiátricos.

En base a estas consideraciones, la presente investigación se abocará a indagar acerca de la capacidad efectiva de las redes sociales primarias de las personas con esquizofrenia de asumir el rol de agente activo en el proceso de integración social de éstos que demanda el modelo comunitario en salud mental, considerando las altas exigencias que esto implica y las precarias herramientas que les proporcionan las políticas públicas basadas en este modelo.

Para esto, tomaremos como aspectos centrales de la tesis las representaciones sociales de la enfermedad, que trasuntan al entorno familiar y comunitario más cercano a las personas con esquizofrenia; las políticas de salud pública basadas en el modelo comunitario; las características de las redes sociales primarias de personas con trastornos mentales severos—dentro de las que se incorpora la familia—; la evolución histórica en la concepción de la enfermedad mental y la eventual influencia de estos aspectos en la estigmatización y discriminación que implica esta patología.

1.2.- Preguntas de Investigación

¿Cuales son las representaciones sociales de la esquizofrenia en la red social primaria de personas esquizofrénicas?

¿En que medida las representaciones sociales de la enfermedad de la red social primaria personas con esquizofrenia reproducen un modelo discriminatorio y no integrador?

¿En qué medida están capacitadas efectivamente las redes sociales de las personas con esquizofrenia para apoyarlas en el proceso de integración?

¿Están las redes las redes sociales de las personas con esquizofrenia preparadas y vinculadas suficientemente a los sistemas de salud mental para asumir las tareas que supone el Modelo de Rehabilitación con Base Comunitaria y el Plan Nacional de Salud mental vigente, basado en los principios de la psiquiatría comunitaria?

1.3.- Objetivo General

Indagar respecto de las Representaciones Sociales de la esquizofrenia de la familia de quienes la padecen y su real capacidad de asumir los desafíos que implica el modelo de rehabilitación con base comunitaria.

1.4.- Objetivos Específicos

Identificar y caracterizar las representaciones sociales de la esquizofrenia de la red social primaria de las personas con esquizofrenia.

Identificar y caracterizar las representaciones sociales de las causas atribuidas por la red social primaria a la aparición de la esquizofrenia.

Identificar y caracterizar las representaciones sociales de la red social primaria respecto a las causas atribuidas a las crisis y descompensaciones de las personas con esquizofrenia.

Identificar y caracterizar las representaciones sociales de la red social primaria respecto al impacto familiar en la aparición de la enfermedad

Indagar acerca de las representaciones sociales de la red social primaria respecto a los tratamientos y acciones psicosociales.

Indagar acerca de las representaciones sociales de la red social primaria respecto a la integración sociolaboral.

1.5.- Relevancia de la Investigación

Camisas de fuerza, aislamiento, castigos físicos e internación de por vida, fueron por cientos de años los tratamientos aplicados a personas que padecían enfermedades psíquicas. Afortunadamente las sociedades evolucionan y, junto con esto, las formas de representarse los fenómenos u objetos sociales también lo hacen -la realidad social es dinámica-.

De esta manera, actualmente, son pocos los que ponen en duda que la internación prolongada en hospitales psiquiátricos agrava una enfermedad mental severa. La

búsqueda de alternativas a estos sistemas, ha permitido el desarrollo de otros modelos que, en forma más humanitaria, hacen posible no sólo la rehabilitación, sino también la integración y reinserción social de las personas que sufren de discapacidad psíquica.

La mayoría de los estudios en torno a la esquizofrenia se centran en el paciente y las manifestaciones de la enfermedad. En las dificultades de éstos para posicionarse en la sociedad como individuos productivos en el campo laboral y/o en los constantes problemas que ocasionan a sus familiares. Sin embargo, al momento de identificar cómo las familias y las redes sociales primarias significan a la enfermedad y cuán preparados están para ser agentes de la inserción social y la abolición del estigma, no se encuentra mucha información.

Lo anterior cobra especial importancia a partir de los cambios en el modelo de atención y del nuevo rol consignado a la comunidad y las redes sociales, en el proceso de rehabilitación y de integración de las personas con trastorno mental severo. Se hace necesario evaluar cuáles son las representaciones sociales de la esquizofrenia en la familia y las redes sociales primarias de los esquizofrénicos, que son consideradas como uno de los actores fundamentales en la rehabilitación, adjudicándoles un rol determinante en la superación de la discriminación, pero asumiendo, sin mayor sustento, que en éstas no existen prejuicios asociados al estigma de la esquizofrenia.

Dentro del contexto de las investigaciones en salud mental, la esquizofrenia ha sido tratada, documentada y explicada desde distintos enfoques, todos ellos válidos en su momento y que hicieron un aporte al entendimiento de la patología y sus implicancias. Las explicaciones de las causas biológicas, sociales, y los tratamientos empleados dieron cuenta de las realidades o momentos históricos culturales, en las cuales se desarrollaban.

Actualmente, de acuerdo a resultados de estudios transculturales, se ha comprobado que las personas afectadas por un trastorno psiquiátrico muestran un pronóstico muy diferente dependiendo de la conformación de su red social³, de las expectativas de la familia y de los otros sujetos sociales. En la medida que haya una articulación de las

³ Cuando nos referimos a red social, la entendemos como “el conjunto de personas que se relacionan con un individuo, que forman vínculos sociales, utiliza el espacio y tiempo conjuntamente, se gustan o se disgustan, y se presentan ayuda recíproca”, asumiendo la definición del antropólogo inglés (John Barnes, 1954).

redes sociales de la persona con un diagnóstico de trastorno mental, las posibilidades de recaída disminuyen, lo que mejora el pronóstico y por ende en la calidad de vida, tanto de la persona como de sus familias.

Así, para un tratamiento eficaz, es necesario que los programas de intervención en salud mental se desarrollen en dos direcciones, una orientada a establecer un modelo más dialógico y participativo en el ámbito de la reinserción y de instaurar estrategias que permitan abrir las redes sociales de los afectados a un universo más amplio de relaciones (Martínez Hernández, 1998).

Sin embargo, al momento de identificar cómo las familias y las redes sociales primarias significan a la enfermedad y cuán preparados están para ser agentes de la inserción social y la abolición del estigma, encontramos la existencia de enclaves culturales que generan actitudes discriminatorias frente a los comportamientos anómalos, que están también arraigados en las familias y redes sociales primarias de personas diagnosticadas con esquizofrenia.

En este escenario, es imperativo hacerse cargo de las nuevas problemáticas derivadas de la adopción del modelo comunitario en psiquiatría y salud mental y sus implicancias sociales del “eventual” incumplimiento de estos supuestos del modelo, que por definición, son indispensables para su éxito.

Desde esta perspectiva, asumiendo la multidimensionalidad del fenómeno y reconociendo que esta es una dimensión significativa, pero que no explica completamente la incapacidad de las redes sociales para integrar a las personas con esquizofrenia, intentaremos identificar cuáles son las representaciones sociales de la esquizofrenia en la familia y las redes sociales primarias de los esquizofrénicos, en el entendido de que en ellas se articulan los significados simbólicos referidos a la enfermedad mental.

En complemento de lo anterior, otro aspecto central a abordar es el rol del estado en la generación de las políticas públicas en salud mental. En esta dimensión, es relevante debido a que los principios del modelo comunitario adoptados como principio rector de la salud pública y declarados en las regulaciones estatales, muchas veces no tiene un correlato en las acciones de salud concretas implementadas.

Entendiendo que la explicación problema no se agota en estas dimensiones y asumiendo la complejidad del mismo, consideramos que la relevancia a nivel sociológico radica en entender, más que la enfermedad o el tratamiento de las patologías mentales severas, el fenómeno social asociado a ella, en términos de impacto familiar y construcción de realidad a partir de un lugar marginal, al interior de la comunidad, pero segregado de ella.

CAPÍTULO II: ANTECEDENTES DEL ESTUDIO. ENFERMEDAD MENTAL Y PSIQUIATRÍA. DEVENIR HISTÓRICO EN EL MUNDO Y CASO CHILENO.

2.1.- Antecedentes de la Psiquiatría. Trastorno Mental entre la magia y la ciencia.

El estudio de la enfermedad mental ha estado presente desde los orígenes de la civilización. No obstante, las explicaciones respecto de su origen, las maneras de lograr su cura y el trato otorgado a quienes las padecen, han variado notablemente dependiendo del contexto sociocultural y de la época histórica en la cual nos situemos.

Lo que en la actualidad se conoce por psiquiatría, sólo tuvo su advenimiento como especialización de la medicina en el siglo XIX. Todo lo acontecido antes del periodo señalado, se puede considerar como antesala o antecedente de lo que posteriormente se dio a conocer como psiquiatría.

Con estas consideraciones presentes, respecto a los inicios de la civilización, para las comunidades primitivas, las enfermedades en general eran atribuidas a causas sobrenaturales, influencias espirituales, magias y mitos que ayudaban a su explicación. Su tratamiento se circunscribía a la realización de rituales mágicos y religiosos que generaban una intensa relación entre el “curador” (brujo, sacerdote, chaman, etc.) y su paciente. No se distinguen las enfermedades somáticas de las psíquicas. La enfermedad y la muerte no eran considerados sucesos normales, sino que se producían por la intervención de fuerzas ocultas o por la acción de hechiceros o demonios, a los que había que expulsar con ritos o palabras mágicas, y de las que había que protegerse con amuletos mágicos. (Muñoz ,1992).

Posteriormente, con el surgimiento de las grandes civilizaciones, la humanidad entra en una etapa caracterizada por un enfoque más racional, distinguiéndose las enfermedades psíquicas con descripciones de tipos de personalidad asociadas y una terapéutica que va desde la farmacopea, a la musicoterapia y terapia de grupos.

En Grecia nacen las bases de la medicina actual, la que se funda en la observación, el razonamiento, el análisis y la síntesis. Surgen allí los esquemas de examen y nace un vocabulario medico que persiste hasta la actualidad (Muñoz, 1992, p. 4). Se introduce la profilaxis, con orientaciones para promover y preservar la salud y el equilibrio emocional. La enfermedad pasa del sacerdote al médico y ante el escaso desarrollo

del conocimiento biológico, lo social sigue siendo parte sustantiva de las teorías en la época de Hipócrates y Galeno.

Platón describe 4 tipos de enfermedades: proféticas, rituales o telésticas, poéticas y eróticas, las que eran producidas por la falta de armonía del alma. Aristóteles uniría el concepto de alma al pensamiento (sensación, imaginación, memoria) y luego, Cicerón uniría los aportes de ambos autores y en un intento de taxonomía establece 4 grupos de pasiones: aegritudo (malestar), metus (miedo), voluptas (placer, alegría) y libido (deseo violento) (Heerlein, 2000) los que dan cuenta de perturbaciones anímicas.

En el siglo V a.C. Hipócrates considerado el padre de la medicina establece que todas las enfermedades tienen una causa natural, que se relaciona con el desequilibrio humoral: sangre, bilis negra, bilis amarilla, flema. El desequilibrio de estos, genera una gama de enfermedades que pueden alterar el funcionamiento del cerebro y provocar la locura (Heerlein, 2000)

En roma, Galeno continúa con la teoría humoral, incorporando a ésta una analogía entre los cuatro elementos aire, tierra, fuego y agua, y una combinación entre las cuatro cualidades: cálido, húmedo, seco y frío, combinación que determinaría el nacimiento de los 4 temperamentos: Sanguíneo, colérico, melancólico y flemático originados respectivamente en la sangre que viene desde el corazón, la flema que viene desde el cerebro, la bilis amarilla que se origina en el hígado y la bilis negra, que proviene del baso.

Los principales escritos de la época referentes a la psiquiatría corresponden a Celso, Areteo de Capadocia, Sorano de Efeso y Galeno. Para éstos habían tres tipos de patología mental: manía, melancolía y frenitis, las que tendrían causas corporales. La frenitis sería una inflamación del diafragma y equivaldría a lo que hoy conocemos como Delirium o Delirio, la manía sería una enfermedad de la cabeza y corresponde a las actuales Esquizofrenias, especialmente aquellas que causan agitación psicomotora y por último la melancolía sería una enfermedad de origen digestivo y corresponde a lo que actualmente se denomina como depresión.

Aunque esto no marcó precisamente el inicio de teorías científicas, si constituyeron pequeños aportes para la identificación o construcción conceptual de lo que hoy conocemos como enfermedades mentales o trastornos psiquiátricos.

Sin embargo, nuevamente acontecimientos históricos generaron un nuevo contexto, que determinó un retroceso respecto del periodo anterior.

La Edad Media es la época de las grandes epidemias y como consecuencia de la peste bubónica y la peste negra -que provocan la muerte de 50.000 personas en París y 100.000 en Florencia- las ciudades quedaron reducidas a simples pueblos, provocando la aparición de fenómenos de histeria colectiva que se entendieron como “posesiones demoníacas” (Muñoz, 1992).

En base a estas interpretaciones, el médico, ve los hechos a través de dogmas, que impiden la observación de los sucesos y la reflexión de éstos. (Muñoz, 1992). Se asume la autoridad de los antiguos como verdad incuestionable y se establece una distancia de la ciencia (Muñoz, 1992). A raíz de lo anterior, se genera un fuerte estigma asociado a los trastornos mentales con serias consecuencias para quienes los padecían.

Durante este periodo, se regresa al misticismo y las explicaciones sobrenaturales - vinculadas a la religión- dadas ahora por la demonología y la herejía. La organización social llega a ser teocrática en algunos lugares. Los curanderos pasan de nuevo a ser sacerdotes y los tratamientos van del exorcismo hasta la hoguera de la inquisición.

Pese a lo anterior, otros autores, señalan que la expansión del imperio arábigo implicó la continuidad de la tradición de Galeno e Hipócrates, lo que se reflejó en la traducción de textos. En forma paralela, al estudio de los textos de Hipócrates, los árabes establecieron un trato más humanitario hacia los locos, sustentándose en las enseñanzas de Mahoma en donde el loco “es un escogido por Dios para decir la verdad”. Heerlein (2000)

Tomas de Aquino (1225- 1274) dividió el alma en: vegetativa (funciones fisiológicas), sensitiva (sentido común, imaginación, memoria, cognición), e intelectual (juicio e inteligencia). El autor, establece que la manía, sería rabia patológica, las psicosis orgánicas se deberían a la pérdida de memoria (Heerlein, 2000).

Además de lo anterior se distingue entre enfermedad somática de la psíquica, en los lustros finales de la etapa se produce una distinción burda entre el hereje y el enfermo mental, lo que constituye un primer atisbo de clasificación de enfermedades mentales.

Si bien el desarrollo científico y estudio de las enfermedades se detiene, es importante consignar que dentro del mismo periodo histórico, se llega al humanitarismo y la caridad como forma de enfrentamiento a los enfermos mentales, surgiendo al final del periodo, espacios para estos enfermos en hospicios u hospitales.

En resumen, ya sea en cárceles junto a los delincuentes o vagabundos, o bien en hogares para pobres, la sociedad de esta época resolvió con la reclusión, la situación errante de los locos, aunque por el momento, los manicomios tenía por función un fin represor y de vigilancia, más que objetivos terapéuticos (Shorter, 1997).

Posteriormente, en el Renacimiento, la concepción del ser humano y de la vida cambia radicalmente, dejando de lado el fundamento ontoteológico y avanzando hacia una visión antropocéntrica, con el hombre como el centro ontológico del desarrollo cultural, económico y social.

Con la irrupción de esta concepción de ser humano, se produce un vuelco importante en la historia, que permite la incorporación de problemáticas como la locura, al eje social de acción de la cultura y la medicina. Es así como se produce el nacimiento del humanismo médico en donde, no sólo se busca el estudio y la técnica de la medicina, sino que también el trato es centralizado en la individualidad de la persona tratada.

Se produce en este periodo un hecho de gran significancia que se reconoce como un hito fundamental de la llamada primera revolución psiquiátrica, consistente en la fundación del primer hospital psiquiátrico del mundo, en Valencia, el año 1409, por el sacerdote mercedario fray Juan Gilbert Jofre “un establecimiento u hospital donde locos e inocentes puedan ser recogidos y atendidos cristianamente y no anduviesen por las calles haciendo y recibiendo daño” (Muñoz, 1992 p. 7).

Paradójicamente, esta visión antropocéntrica no redundó en bienestar para quienes padecían algún trastorno mental. Muy por el contrario, en este contexto se produce una persecución de enfermos psiquiátricos más inhumana que en la Edad Media, reemplazando el exorcismo medieval por las condenas de muerte en la hoguera (Muñoz, 1992).

En términos de las prácticas médicas, se produce un retorno a los clásicos de la edad antigua, con énfasis en lo biológico o “soma”, distinguiéndose las enfermedades psiquiátricas más graves. El papel del “curador” retorna al médico, pero se mantiene el

aislamiento y rechazo al paciente con problemas mentales. Esta práctica se justifica argumentando la necesidad de proteger al discapacitado de la sociedad, y a ésta de las alteraciones peligrosas e impronosticables de aquel.

En la época barroca, no existen grandes avances en el curso de la psiquiatría. En términos generales se siguen presentando condiciones de reclusión para las personas con patologías mentales. Al interior del hospicio, las personas casi no reciben atención ya que se les considera alienados, seres extraños a la sociedad por lo que se les imponía la segregación social en establecimientos casi carcelarios.

La creación de los hospitales para pobres, encerrados en la ciudad de París el año 1611 y el establecimiento en 1614 del Hospital General de Lyon, destinado al mismo fin, son considerados los primeros intentos para encerrar a los pordioseros.

El edicto de 1656, por el que se fundó el Hospital General de París, considerado por Foucault el edicto del “Gran Encierro”, con la intención de establecer el orden público en una ciudad que había crecido demasiado, sea quizá el hecho que marca el inicio de una serie de disposiciones para prohibir la mendicidad y ordenar el encierro de los vagabundos válidos. Además, se alentó a las comunidades religiosas para que funcionasen como reclusorios, con tanto éxito, que al final del siglo XVIII del más de medio millar de reclusorios que iban desde la decena hasta el centenar de plazas, dos tercios pertenecían a las comunidades religiosas.

Luego, durante el periodo denominado “El Siglo de las Luces” (siglo XVIII) la tradición y la fe son sustituidas por la confianza en la razón y en la ciencia (Muñoz, 1992). Esto genera una proliferación de los manicomios, determinando una ampliación de la cobertura con una incipiente especialización en problemas mentales de estos lugares, pero sin los mismos avances en el ámbito de la terapéutica.

En Inglaterra se llegó a contar con siete manicomios, además de los hospitalizados en el sector privado, que más tarde derivaron en las llamadas *Clínicas privadas de los Nervios* (Shorter, 1997). Si bien las instalaciones hospitalarias se masifican y algunos doctores se habían ocupado de los enfermos mentales, en términos de tratamiento e investigación, no existía la psiquiatría como especialidad⁴.

⁴ Para ser más precisos, solo existía como especialidad la cirugía. El desarrollo de la especialización médica es un fenómeno que se inicia en el siglo XIX.

2.2.- Albores de la Psiquiatría, Tratamiento Terapéutico y Concepciones Humanitarias del Enfermo Mental.

A partir de la revolución francesa y en base a los principios y valores que enarbola, se produce una también una revolución en las instituciones psiquiátricas. Se introduce el tratamiento moral, surge el alienista o médico especializado en “alienado”. Se distingue el loco del somático y se identifican diversos tipos de locura diferenciándolos de otros trastornos. Se inicia la taxonomía y se abre el camino para la psiquiatría fuera del manicomio.

Se legitima administrativa y jurídicamente la Psiquiatría como la especialidad y el manicomio como el lugar para el tratamiento del enfermo mental, instaurándose la tutela médica y complementando las medidas cautelares con la curación. El gran encierro absolutista debe ser abolido, el enajenado no puede ser ya privado de su libertad sin garantías jurídicas.

La reclusión se define como un hito terapéutico consistente en el aislamiento de un mundo externo perturbador. Sin embargo, el éxito terapéutico es limitado, la mayoría de las enfermedades mentales siguen su curso natural en fisiológicos, desde un lugar excluido de la sociedad. Los criterios, actitudes y prácticas de la población hacia la locura poco o nada han variado. La esperanza está dada en el desarrollo de las ciencias por un tratamiento más eficaz.

Un aspecto importante en términos de procesos sociales, es que estas transformaciones coinciden con una gran convulsión social, al igual que casi 280 años después comienzan las reformas psiquiátricas parisinas coincidiendo con las revueltas de 1968 y la Reforma Psiquiátrica Italiana con la Ley 180 de 1978, que coincide con el auge del movimiento social italiano de esos años.

De acuerdo a Postel y Quézel (1993, p. 109) con el fracaso de los hospitales Generales, Luis XV, decreto la creación de asilos en 1764, los que estarían bajo la autoridad del intendente y que contemplarían la reclusión de delincuentes e insanos. En muchos casos las familias de los “insanos” aportaban económicamente, por lo que el intendente decretaba la orden de internación. El decreto del Consejo de Estado de 27 de octubre de 1767, se instituyó en cada cabecera de cada generalidad un asilo, colocado bajo la autoridad de un intendente, lo que introduce otro factor, alejado de lo

terapéutico, que será influirá insoslayablemente en las determinaciones de internación que se adopten: los intereses económicos.

Los denominados insanos constituían entre el 10% y el 20% de la población de los asilos y tenían una tasa de permanencia superior a la de los delincuentes, quienes en promedio salían de estas instituciones alrededor de los 6 meses a un año. La tasa de mortalidad al interior de los establecimientos era alrededor del 40 %.

Este complejo panorama, se comienza a atenuar gracias a la influencia de Philippe Pinel, que en el 1800, inicia la psiquiatría científica en Francia, en un intento por no aferrarse a hipótesis sin fundamentos, sino limitarse a la observación y descripción de los hechos.

Pinel, fue nombrado director de los asilos de La Bicêtre durante plena Revolución Francesa y, posteriormente de La Salpêtrière en Paris, donde desarrolló su "Tratado de la locura". En este, realiza una taxonomía las enfermedades mentales -manía, melancolía, idiocia y demencia- y atribuye su origen a factores hereditarios y a las influencias ambientales, convirtiéndose en la primera explicación empírica multicausal de estas patologías.

Se instaura así el tratamiento moral, que considera la influencia de lo social en las enfermedades mentales e incorpora aspectos terapéuticos a desarrollar en el encierro, pero propugnando la necesidad de aislar al paciente de la sociedad y de la comunidad ya que es ésta la que genera los trastornos.

Se trata de ocupar el espíritu y el cuerpo para distraer la locura una tratamiento basado en lo hoy podemos entender como terapia ocupacional, ya que se basa en una organización de todas las actividades del enfermo mental y en la creación de hábitos que le permitan desarrollar mejor sus habilidades sociales y laborales.

Pinel propuso, además la creación de un cuerpo especializado de médicos dedicados a la atención de los "alienados", y su importancia es de tal envergadura que al movimiento iniciado por él se le ha conocido como "Segunda Revolución Psiquiátrica".

Uno de sus más notables discípulos fue Etienne Esquirol (1782-1840), quien hizo de la "terapia moral" de Pinel su bandera y consiguió promulgar una ley en 1838 que

obligaba a la administración francesa a disponer de un asilo para dementes en cada departamento del país.

“Atrapados una vez más en la espiral del encierro de los vagabundos, los insanos de los asilos, más que los de las demás prisiones, cuyas familias deben pagar pensiones frecuentemente considerables, constituyen el contingente irreductible que la Revolución y el Imperio dejaron en los asilos, donde los mantuvieron, esperando a que la ley de 1838 pusiera fin por último a más de dos siglos de confinamiento carcelario”. (Postel y Quézel, 1993: 109).

La promulgación de la ley de internación de insanos permitió que Francia -al contar con un modelo de administración centralizado- lograra la articulación del estado, la iglesia y las autoridades provinciales en la internación y el tratamiento de la locura, estableciéndose los primeros esbozos de política pública en torno a los trastornos mentales.

Jean-Etienne Esquirol comienza a dictar la cátedra de Psiquiatría, dirigida a estudiantes de Medicina, y aplicar los postulados de su maestro, rescatando tal vez el más importante, el concepto de comunidad terapéutica, entendida en esos años, como la convivencia entre psiquiatras y pacientes en un contexto de terapia (Shorter, 1997). Esto sin duda sienta las bases de una apertura a entender efectivamente al enfermo mental como un sujeto, sin embargo, esto debe darse en el contexto del manicomio y aun no asoma la posibilidad de integración efectiva.

Con la obra de Pinel y de su discípulo Esquirol, la psiquiatría se libera, casi definitivamente, de las interpretaciones demonológicas poniéndose énfasis en la observación empírica, el análisis racional de los hechos psiquiátricos y la incorporación de métodos científicos en el tratamiento de personas con trastorno mental -con lo que la psiquiatría se acerca finalmente a la medicina- (Muñoz, 1992).

Por otra parte, en Italia y Europa Central surgen los primeros intentos de incorporar al trabajo científico desarrollado en el manicomio, la noción de curabilidad desde una perspectiva “humanitarista”, lo que permitía justificar, desde argumentos racionales, que recursos financieros fueran destinados a la aplicación de nuevas terapias y al paulatino mejoramiento de las condiciones de vida de las personas con trastornos psiquiátricos.

En Florencia, Vincenzo Chiarugi, propuso a la administración de la época, que el hospital Bonifazio, fuese restaurado y ocupado con los pacientes psiquiátricos de Santa Dorotea (Shorter, 1997). En su tratado "On Insanity" –Sobre la Locura- sostiene que los manicomios no estaban simplemente para separar a los pacientes mentales, sino para curarlos, estableciendo regulaciones respecto al trato del enfermo mental, que por primera vez emerge como una "persona pública moderna". Sus publicaciones sobre la enfermedad mental no fueron ampliamente traducidas o difundidas, pero el primer volumen de "Sobre la locura" fue traducido al alemán, lo que permitió que sus postulados fueran adoptados en Europa Central con más fuerza que los de Pinel y Esquirol.

El alemán Johann C. Reil fue cabeza del movimiento humanitarista, horrorizado por las condiciones infrahumanas de los antiguos hospicios mentales, enarbolando la bandera de lucha de la Ilustración: "Cuando se trata de salvar a otros, ¿dónde están los famosos frutos de nuestra famosa cultura, amor por la humanidad, sentido de comunidad, supuesta ciudadanía y noble renuncia hacia el interés personal" (en Shorter, 1997 p. 14).

Se hace necesario en este punto destacar el aporte de los ingleses, quienes además de llevar a cabo las nociones de terapia moral, en paralelo a la experiencia francesa, implementaron el empleo del trabajo con fines terapéuticos (Shorter, 1997). Uno de los precursores fue William Tuke, comerciante y filántropo que se vinculó circunstancialmente al tratamiento impartido en los asilos y se horrorizó con las condiciones en que se encontraban los pacientes. Influido por sus creencias religiosas (cuáquero) plantea que es el afecto lo que provoca cambio en los pacientes, y no el castigo y la represión, que hasta el momento eran los más comunes (Shorter, 1997).

William Tuke logró difundir sus ideas respecto a la necesidad de incorporar nuevos métodos, más humanos para el tratamiento de los enfermos mentales y logró reunir los fondos suficientes para abrir el Retiro de York para el cuidado de los enfermos mentales en 1796. Esta fue la primera de su tipo en Inglaterra, y fue pionera en la eliminación de las cadenas de los internos. Se aceptó el uso de cinturones de cuero y el confinamiento en una habitación para proteger al enfermo y sus compañeros pero sin duda logró la instalación de nuevos patrones asistenciales basados en la terapia moral y el humanitarismo.

En la misma línea, William Charles Ellis, sigue las enseñanzas de Esquirol y concibe el hospital mental como una gran familia (Shorter, 1997), en la que debía aplicarse los principios del humanitarismo. Hacia 1837, las tres cuartas partes de los internos del hospital West Riding (del que era Superintendente) realizaban algún tipo de actividad, en el entendido de que, como él mismo expresó en 1838 "... existen pocas personas, incluso entre los insanos, que si permanecen con una pisca de mente actica, no puedan ser ganados mediante la atención afectuosa" (Shorter, 1997).

En Estados Unidos, cuya práctica psiquiátrica era altamente influenciada por el pensamiento europeo, también se hablaba de la ocupación, y de los juegos de salón como una forma de desviar los pensamientos que atormentaran al paciente. De esta forma, hacia fines de la década de los cuarenta, a lo largo de la costa Atlántica, los manicomios eran un hecho que permitía a los psiquiatras cantar victoria en relación a los resultados terapéuticos de los mismos (Shorter, 1997).

A raíz de estos antecedentes, se comienza a definir una nueva especialidad de la medicina, con características específicas para quienes la ejerzan. Reil se encarga de investir de una particular forma a los llamados médicos alienistas: "Perspicacia, talento para la observación, inteligencia, buena voluntad, persistencia, paciencia, experiencia, un físico imponente y un semblante que merezca respeto", sin embargo, consideró que estas características eran escasas en los Alienistas de la época. En 1808, Reil acuña el concepto Psychiaterie (Psiquiatría) para esta nueva disciplina.

2.3.- Psiquiatría Romántica y Psiquiatría Biológica.

Desde finales del siglo XIX y principios del XX se instala y profundiza relevancia de la función terapéutica de los tratamientos, iniciándose un lento movimiento que liga dos concepciones o dimensiones de los trastornos: la psiquiatría biológica y la psiquiatría romántica.

Los románticos, denominados en la época de "orientación psicológica", hacían hincapié en la historia del paciente y el medio en el que se desenvolvían, enfocando las causas de los padecimientos mentales en la moral y las pasiones (Shorter, 1997).

El psiquiatra alemán Johann Christian Heinroth a quien se le atribuye la incorporación del concepto psicossomático, fue fuertemente influido por el movimiento fundamentalista protestante. Desde ahí, inicia la cátedra de Terapia Psicológica en

Leipzig, planteando de manera vehemente la influencia de la moral y el pecado en la génesis de la enfermedad mental, ya que ambas llevaban a la corrupción del espíritu. Como remedio, señala que el único camino es la libertad de Dios (Shorter, 1997).

Por su parte, para la psiquiatría biológica, el énfasis está puesto en la anatomía y química cerebral, pero fundamentalmente en la influencia del factor hereditario, identificando algunas historias familiares, en las que la melancolía y el suicidio eran recurrentes.

Investigadores biologicistas como el inglés William Battle (Shorter, 1997) sostenían que la herencia constituía un aspecto primigenio, ya que si uno de los padres tenía un trastorno psiquiátrico, lo más probable que uno de la descendencia también lo manifestara e incluso íconos de la psiquiatría como Pinel y Esquirol (Shorter, 1997) llenaron sendas páginas sobre la herencia, ya que en sus observaciones habían dado cuenta de generaciones de familias en las que se manifestaba una enfermedad mental.

A partir de los planeamientos de ambas vertientes se facilita el proceso diagnóstico y diferenciación de trastornos y se inicia así una rápida evolución de la taxonomía que desencadena una suerte de perfeccionamiento continuo las clasificaciones psiquiátricas con un nivel de aceptación cada vez más universal.

La locura se convierte en una entidad clínica que es preciso atender desde la medicina. Sin embargo, a lo largo del siglo XIX el enajenado va a seguir siendo considerado como una persona jurídicamente irresponsable, iniciándose así, una compleja alianza entre la Psiquiatría y el Derecho. Los psiquiatras van a constituirse en los tutores de estos seres “perversos”, que no son responsables de sus conductas ni crímenes, basándose en las ideas de peligrosidad, incurabilidad e irresponsabilidad.

El psiquiatra francés Benedict Morel introduce el término de degeneración, con el que alude a la naturaleza irremediablemente desviada del loco. Esta concepción permitió toda una nosología médico-criminológica de la enfermedad mental, llegándose a establecer estigmas y anomalías, físicas y psíquicas hereditarias, como etiológicas. Morel (1809-1873), en su Tratado de enfermedades mentales (1860) postuló que algunas enfermedades mentales podían heredarse de padres con afecciones similares y que la predisposición podía sufrir una activación lenta hasta convertirse en una enfermedad debido a transmisión vertical repetida o bien a una activación repentina

por eventos externos como traumas sociales, alcoholismo o infecciones. Introdujo la denominación de "demencia precoz" para referirse a la actual esquizofrenia.

Sin embargo, la inconmensurable dimensión del problema que se trataba de abordar – no solo biológico, sino fundamentalmente social- causó un nuevo gran retroceso. Lo que en principio fueron lugares de tratamiento para unos pocos pacientes, terminó siendo un espacio de sobrecarga producto de la masificación (Shorter,. 1997).

Por un lado, estaba la presión de las autoridades por internar a todo sujeto considerado desviado de las rígidas normas sociales, pero por otro, el presupuesto de los hospicios no daba abasto, lo que generaba gran molestia del sector financiero y administrativo, en el sentido que los hospitales psiquiátricos no hacían otra cosa que demandar cada vez más recursos económicos (Shorter, 1997).

La masificación de los asilos, que dificulta el tratamiento moral individualizado y el triunfo de las tesis órgano – mecanicistas, que atribuyen la génesis de la enfermedad mental a factores hereditarios y a lesiones cerebrales que no son susceptibles de curación justificó el detrimento de la función terapéutica de los manicomios versus la de asilamiento.

Para entender lo anterior, hay que considerar la grave situación de pobreza de Europa central, donde un pariente enfermo constituía una carga difícil de llevar, considerando los cambios en la estructura social de la época y en el surgimiento de la Familia como una unidad emocional (Shorter, 1997). En efecto, al crecer las expectativas de vida, se propició la construcción de los lazos afectivos entre familiares, por lo que una persona con trastorno mental venía a ser un factor disruptivo (Fernández, Gabay, 2003).

2.4.- Siglo XX. Abolición del Manicomio e ¿Integración social?

Con la primera guerra mundial, los hospitales psiquiátricos se encontraban en su máxima capacidad. El conflicto armado se tradujo en un incremento en los trastornos mentales, junto con la intolerancia a los considerados “desadaptados sociales” y un violento y avasallador rechazo a la diferencia (Shorter, 1997).

A mediados del siglo, se producen ciertos avances en el área de la salud, que afectan directamente las escuelas de psiquiatría. Por un lado se produce la proliferación de

escuelas de psicoanálisis, y por otro se produce un incremento en la investigación médica en torno a las enfermedades mentales (Shorter, 1997).

Estos cambios paradigmáticos son impulsados por el aporte de las concepciones de Kraepelin (1856-1926) y de Freud (1856-1939). El primero, propugna un acercamiento al enfermo para realizar la observación que requiere un análisis clínico del caso; y el segundo, considera indispensable escuchar al enfermo y comprenderlo para poder proponer los tratamientos adecuados para superar sus problemas de salud mental.

Kraepelin valoró especialmente la investigación clínica, por sobre la especulación teórica y la anatomía patológica, dando especial valor al estudio del curso completo de la enfermedad.

Freud, por su parte, descubre que el ser humano tiene algo más que la mente consciente y que, a partir de técnicas de asociaciones libres e interpretación de sueños es posible traer a la conciencia los recuerdos traumáticos del pasado almacenados en el inconsciente del paciente, fundando así el "psicoanálisis" en 1896.

Los autores considerados como los más influyentes de este período además de Kraepelin y Freud, son los seguidores del primero; Bleuler y Schneider, que profundizan sus investigaciones en psiquiatría clínica y Jaspers; más cercano a Freud, que cuestionó el criterio de diagnóstico y los métodos de tratamiento de la psiquiatría clínica, propugnando la valoración de los propios enfermos respecto de sus síntomas, asumiendo un abordaje fenomenológico de la enfermedad mental que influyó notablemente en la psicopatología y en la psicoterapia en general. (Silva, 2000)

Sumado a lo anterior, se suman los descubrimientos en el campo de la farmacología y de la neurociencia. El descubrimiento de la Clorpromacina a mediados de los cincuenta es de vital importancia en la dirección que adopta el desarrollo de la psiquiatría y el tratamiento de trastornos psiquiátricos severos como la Esquizofrenia (Fernández, Gabay 2003).

En efecto, la aparición de la clorpromazina en 1950, marca el inicio de la "época moderna" de los tratamientos antipsicóticos y ,debido a su efectividad en la reducción de las alucinaciones y la hostilidad, su uso se difundió rápidamente. No obstante, junto a esto se observaron efectos secundarios que muchas veces redundaron en la estigmatización de los pacientes (reducción en la expresividad facial, aparición de

movimientos espásticos, sensación de sequedad en la boca, somnolencia, problemas para hablar, erupciones en la piel).

Pese a lo anterior, el desarrollo y la introducción de fármacos en los tratamientos también colaboró la reducción de los internos en hospitales psiquiátricos y desde ahí el desarrollo de programas de rehabilitación o reinserción social (<http://psicofarmacologia.info/basesfarmacologia.html#A>).

Después de la 2ª Guerra Mundial, en tiempos de mayor crecimiento económico, de desarrollo de los movimientos cívicos y de mayor preocupación social por las minorías, se profundizan las críticas al modelo asilar y el cuestionamiento a la función terapéutica del hospital psiquiátrico, dando comienzo a una oleada de movimientos de reforma psiquiátrica, de características absolutamente diversas, pero con un principio rector compartido: la abolición del Manicomio y la integración social de los pacientes psiquiátricos.

2.4.1.- Antipsiquiatría

No se puede dejar de mencionar a esta corriente en un acápite específico, por ser un antecedente indiscutible para el surgimiento de la psiquiatría comunitaria y de los principios de la rehabilitación de los trastornos psiquiátricos severos con integración de a la sociedad.

Como se plateo anteriormente, a principios del siglo XX se asienta una concepción de la enfermedad mental, ligada a vertientes orgánico-biologicistas, herederas de las doctrinas degeneracionistas y del positivismo radical, que se basaba en observaciones realizadas en manicomios, no en los "locos" situados en el medio social.

A partir de la segunda mitad del siglo (especialmente a partir de los sesenta) el gran despegue de la industria farmacéutica y los sucesivos hallazgos de los aspectos orgánicos en la esfera del comportamiento humano comienzan a consolidar un concepto farmacológico de la psiquiatría basado en la evidencia científica respecto de la acción de las moléculas a nivel de determinados neurotransmisores, dando pistas del origen fisiopatológico del trastorno mental. El haloperidol (denominada como la primera "camisa de fuerza química"), las benzodiazepinas, o los más modernos antidepresivos son tan eficaces que generan un fuerte movimiento psicofarmacológico junto al que aún conviven otras terapias más clásicas como la psicoanalítica.

Como respuesta al predominio de esta corriente, en la década de los sesenta surge la antipsiquiatría, un movimiento heterodoxo dentro de las diferentes corrientes médicas pero que confluye en una fuerte protesta contra la medicina psiquiátrica, enfocada por esos días a extremar la confianza en los avances científicos (neurolépticos, utilización de electroshock) en detrimento del refuerzo del vínculo médico-paciente.

Este cuestionamiento al imperio de la psiquiatría orgánica, va a la par con los profundos cambios sociales y políticos de la época, en los que la autoridad y las estructuras tradicionales de poder se ven cuestionados en todas las dimensiones de lo social.

El trastorno mental, se concibe como una construcción social legitimada institucionalmente. Así, “si la locura ha sido construida por la sociedad, era necesario deconstruirla para liberar del estigma patológico al espíritu libre, las personas excepcionales y creativas que no siguen las normas” (Shorter, 1997, p. 274).

La reificación del uso de los nuevos medicamentos, inobjetablemente eficaces contra neurosis y psicosis, influyó en el descuido del médico respecto de la importancia de considerar al paciente como sujeto de una relación y parte activa en la determinación del tratamiento.

Si la anamnesis, entendida como *la información recopilada por un médico, psicólogo o psiquiatra, mediante preguntas específicas, formuladas al propio paciente para obtener datos personales, hereditarios, familiares y del entorno del enfermo o paciente, y elaborar información valiosa para formular el diagnóstico y tratar al paciente*, tiene una relevancia indiscutible en la determinación del diagnóstico y definición de un tratamiento en problemas de salud orgánico corporales, alcanza una relevancia fundamental en el ámbito de la salud mental, donde, además de las necesidades psicológicas del paciente y sus demandas en este aspecto hacia los médicos tratantes, se suma la necesidad perentoria de indagar respecto de los efectos secundarios del uso prolongado de determinado fármaco y de su real efectividad, considerando además, las implicancias sociales de su uso (el efecto secundario puede llegar a ser mas estigmatizante que la propia patología).

El alejamiento de estas características esenciales de la práctica médica, fue valorizado negativamente por los pacientes y, a su vez, adquiridos por los fundadores de la

antipsiquiatría como bandera para representar la deshumanización de la práctica médica en general y psiquiátrica en particular detonada, de acuerdo a sus postulados, por el giro de esta última hacia la ciencia exacta, lo organicista o biomédica.

La masificación de esta postura se debe a una serie de factores determinados por el contexto social, en el que se genera una creciente animadversión con la autoridad de cualquier tipo, que en este ámbito estaba representada por el psiquiatra, considerado desde un agente controlador de la burguesía, desde las interpretaciones marxistas hasta como un colaborador en la extensión del poder patriarcal sobre las mujeres, por los movimientos feministas.

De esta manera, se generó una creciente hostilidad hacia los avances vinculado a lo organicista y biologicista, definiéndose como un movimiento crítico, que se cuestiona las prácticas psiquiátricas tradicionales y la noción de enfermedad mental sobre la cual se apoya desde mediados del siglo XIX.

Más allá de esta caracterización de la antipsiquiatría desde la crítica y oposición frontal a las prácticas psiquiátricas de la época, David Cooper, propone por primera vez el concepto, extendiendo su definición a una propuesta de carácter político "... la Antipsiquiatría es política y subversiva, por su misma naturaleza, con respecto al represivo orden social burgués (...) antipsiquiatría es quien esta dispuesto a correr los riesgos involucrados en alterar progresivamente y radicalmente la forma en la que vive. El o la antipsiquiatra debe estar dispuesto a abandonar los mecanismos de seguridad de la propiedad (más allá del mínimo necesario), los juegos monetarios explotadores y las relaciones estáticas, confortables, de tipo familiar, oponiéndoles la solidaridad y la camaradería (...) Debe estar dispuesto a ingresar en su propia locura, quizás hasta el punto de ser invalidado socialmente, ya que si así no lo hace, no estará capacitado. La Antipsiquiatría es una parte necesaria y urgente de la revolución permanente, de lo contrario no es nada".

La proliferación de la crítica a la psiquiatría tradicional, se tradujo en la aparición una serie de publicaciones casi simultánea referidas al rol de esta disciplina en la determinación de estructuras de dominación y sus implicancias sociales para los grupos marginales o vulnerables.

Al respecto, cuando el estigma hace referencia a la locura, es indispensable mencionar a Michael Foucault y su obra *Locura y Civilización* publicado por primera

vez en 1961, donde plantea que la noción de enfermedad mental constituía una invención social y cultural del siglo XVIII y que, como tal, respondía a intereses de las clases dominantes de la época.

En 1964 publica la *Historia De La Locura En La Época Clásica*, develando suerte del loco la historia de la humanidad como una de las más grandes injusticias, al ser sistemáticamente castigados y recluidos, aun cuando no es posible identificar el crimen que ha cometido. El autor plantea que con la remisión de las pestes en Europa, los locos adquirieron el lugar de aislamiento de los afectados por estas epidemias. Dejaron de vagar por las ciudades y fueron recluidos en los antiguos leprosarios, los que pasaron a ser Centros de Reclusión de enfermos mentales o asilo. El Asilo tiene una lógica institucionalizadora, donde opera el control mediante la imposición de rutinas, transformándose el tiempo al interior de los recintos, convirtiendo la estadía y reclusión en un espacio atemporal en referencia con el mundo exterior, dificultando la recuperación de sus identidades sociales perdidas (Martinez Hernaéz, A. 1998).

Es en estos espacios, el loco comienza a ocupar el lugar del “no lugar”, al ser encerrado en lugares habilitados, que permiten darle un espacio físico pero permitiendo al mismo tiempo, que la sociedad no mantenga contacto con ellos. Por este motivo, los asilos ocupan lugares alejados de la comunidad y son concebidos, en términos de edificación, para alejar a quienes pueden acercarse e impedir el tránsito libre de sus usuarios (Auge, M. 1993).

A medida que la sociedad industrial se desarrolla, los avances tecnológicos no solo afectaron los medios de producción, sino que se produjeron cambios en la comunicación, los modos relacionales entre las personas, las familias y los locos. La proliferación de los asilos en Europa, permite estructurar organizaciones de significado en torno a los locos y los tratamientos que éstos reciben al interior de las instituciones, y la locura se asume como un problema social y desde la perspectiva antipsiquiátrica, como el ejemplo de estrategias de dominación de intereses de clase.

Desde la sociología también se realizó una influyente conceptualización del asilo, la internación y el tratamiento de los pacientes psiquiátricos y sus funciones y consecuencias en el plano social.

Erwing Goffmann, uno de los más importantes sociólogos del siglo XX y representante del Interaccionismo Simbólico – basado en influencia de los significados y los símbolos

sobre la acción y la interacción humana-, sostenía que la enfermedad mental no era más que un constructo social que justifica la existencia del manicomio al que califica como un lugar de tortura y vejación de los pacientes. (Shorter, 1997).

En su obra *Asylums* (1963), Goffman sostiene que dentro de la historia siempre ha existido aquel que lleva la marca o estigma dentro de las sociedades. Para el autor existen tres tipos de estigma, uno referido a las malformaciones físicas o abominaciones del cuerpo; el tribal que da cuenta de las razas, etnias; y las huellas del carácter referido a las enfermedades mentales, alcoholismo, depresión, etc. Desde esta perspectiva teórica y mediante una revisión de relatos presentes desde el origen de las comunidades, intenta un acercamiento a la comprensión del lugar de los excluidos sociales, de quienes ocupan la marginalidad, entendida como el tránsito por los márgenes de la sociedad, siendo formalmente parte de ésta, pero sin serlo en el sentido de integración.

En cuanto a la función del asilo, el mencionado autor desarrolló el concepto de Institución Total para designar un “lugar de residencia o trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (Goffman, 1961: 13).

La característica central de las instituciones totales, según Goffman, es la ruptura de un ordenamiento social básico en la sociedad moderna: la distinción entre los espacios de juego, descanso y trabajo, en los que por lo general se interactúa con distintos coparticipantes, bajo autoridades diversas y sin respetar un plan administrativo muy estricto. Por el contrario, según Goffman (1961: 19-20), las instituciones totales se caracterizan porque:

1. Todas las dimensiones de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo una única autoridad.
2. Todas las etapas de la actividad cotidiana de cada miembro de la institución total se llevan a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros miembros, a los que se da el mismo trato y de los que se requiere que hagan juntos las mismas cosas.
3. Todas las actividades cotidianas están estrictamente programadas, de modo que la actividad que se realiza en un momento determinado conduce a la

- siguiente, y toda la secuencia de actividades se impone jerárquicamente, mediante un sistema de normas formales explícitas y un cuerpo administrativo.
4. Las diversas actividades obligatorias se integran en un único plan racional, deliberadamente creado para lograr de objetivos propios de la institución.

Ejemplos típicos de instituciones totales son las cárceles, conventos y los hospitales psiquiátricos. Todos estos postulados fueron adoptados y profundizados por la Antipsiquiatría, así como otros planteamientos más radicales en su crítica.

En referencia a posturas más extremas en el Reino Unido, Ronald D. Laing, con *El Ser Dividido*, plantea que el sujeto con esquizofrenia se hace el insano, con el objetivo de burlarse del psiquiatra y la institución; agregando que quienes enferman a los esquizofrénicos son las familias, ya que no les permiten mostrarse como lo que son: personas creativas, que deseaban explorar su propio yo, expandirlo (Shorter, 1997).

Aunque el término antipsiquiatría es propuesto por primera vez por David Cooper en su obra *"Psiquiatría y antipsiquiatría"* (1967), el comienzo de este movimiento como tal es situado en 1957 cuando el psiquiatra norteamericano de origen húngaro Thomas Szasz pone en duda la realidad de la enfermedad mental en sus obras *"Dolor y placer"* y *"Mito de la Enfermedad Mental"*, en las que se refiere a los trastornos psíquicos como un error de la ciencia y que sirve como justificación para la existencia en los hospitales psiquiátricos.

Entre los años 1960 y 1970, Thomas Szasz y Ronald D. Laing, se constituyen como los principales exponentes de la Antipsiquiatría.

Szasz sostenía que la enfermedad mental es un constructo generado describir una conducta perturbadora, tal como la esquizofrenia, como si fuera una "enfermedad", aunque existencia de comportamientos perturbadores en las personas, no significa que tengan una enfermedad. Para que exista una verdadera enfermedad, la entidad debe ser capaz de medirse o probada de manera científica. Además, Szasz considera que la hospitalización involuntaria es inmoral, que la práctica de la medicina y el uso de medicamentos debe ser privado y con consentimiento propio, fuera de la jurisdicción del Estado, cuestionando a su vez los regímenes autoritarios y los Estados policiales.

Por su parte, Laing establecía que los trastornos mentales eran una reacción ante la adversidad social, y que detrás de cualquier manifestación psicótica, existe un intento de comunicación, que espera ser descifrado. Según Laing, a la base de los trastornos mentales, estaba la familia. La familia se constituye como un campo de interacciones concretas en donde los enfrentamientos y las influencias recíprocas se encuentran agrandados. Para demostrar estos planteamientos, se llevó a cabo una investigación sobre una serie de familias, en cuyo seno se encontraba un "esquizofrénico", demostrando que el comportamiento clínicamente sintomático de la esquizofrenia no era más que el resultado de interacciones socio – familiares.

En efecto, dentro de los principales aportes de la Antipsiquiatría en la conceptualización de la enfermedad mental, está la incorporación de la familia a la concepción causal de la esquizofrenia, la incorporación de ésta en los tratamientos y la profunda revisión generada en la psiquiatría.

Respecto de los aportes de esta vertiente de pensamiento, relacionados a la abolición del estigma, en 1966, el sociólogo Thomas Scheff desarrollo una teoría en la que catalogaba como el problema central de las enfermedades mentales a las "etiquetas". En su perspectiva, considera que las enfermedades mentales cumplen, a lo menos en parte un rol o papel social y que la reacción de la sociedad es el determinante más importante en la incorporación del sujeto a ese rol. De esta manera, la enfermedad mental es sólo una anomalía que la sociedad trata de estabilizar.

Para ello, los agentes de control social deben, como primera medida identificar como objetivo y etiquetar a quienes incumplen reiteradamente las normas sociales, como los enfermos mentales. De esta forma, el diagnóstico de una enfermedad mental no está determinada por aspectos propios del sujeto, sino por la incapacidad del sistema social de incorporar estas anomalías y a quienes las representan. La importancia de esta teoría es cuestionada por mucho profesionales de la salud mental, pero su influencia es innegable en el desarrollo del conceptos de estigma y sus implicancias en la humanización de los tratamientos y el desarrollo de la psiquiatría comunitaria y la necesidad de realizar intervenciones médicas que apunten a la integración efectiva en la sociedad de quienes padecen algún trastorno mental.

Finalmente, donde más repercusiones efectivas tuvo la influencia de la Antipsiquiatría, impactando además en el desarrollo de políticas públicas, fue Italia, y de la mano de Franco Basaglia, gracias a la instauración de un sistema político progresista (sobre

todo en las alcaldías, que se preocuparon de salud a nivel comunitario), y que influyó en la promulgación de la ley 180, que cerró los hospitales psiquiátricos y posteriormente permite la apertura de la institución hospitalaria psiquiátrica, para dar forma a lo que en la actualidad se conoce como los centros u hospitales diurnos y las comunidades terapéuticas. Para suerte de Basaglia, esta idea tiene apoyo de la Organización Mundial de la salud OMS (www.biografiasyvidas.com).

Podemos sintetizar las ideas básicas del movimiento antipsiquiátrico en los siguientes puntos:

- La enfermedad mental tiene una génesis fundamentalmente social.
- La psiquiatría tradicional ha sido la culpable, a través de su doctrina y de sus actuaciones prácticas, de la perpetuación de un estado de represión ante el paciente psíquico.
- Consecuentemente, rechazo hacia toda la estructura que sustenta y se deriva de la psiquiatría tradicional: clasificaciones psiquiátricas, terapéuticas ortodoxas (biologistas, conductistas, psicoanalíticas), fenomenología clínica, hospitales psiquiátricos, etc.
- La solución se enfoca a través del compromiso y praxis política que corre en paralelo al desmantelamiento de la psiquiatría tradicional.

Aun cuando creemos inconducente abanderarse intransigentemente respecto a si la causa de los trastornos mentales es más social o biológica, es necesario considerar el aporte de las teorías anteriormente expuestas para comprender el trastorno de una manera multicausal, considerando como el objetivo principal mejorar la calidad de vida de las personas diagnosticadas con algún trastorno.

En este sentido se resaltan los aportes realizados por la Psiquiatría Comunitaria y luego la rehabilitación con base comunitaria, en el tratamiento de personas con trastornos mentales, que será expuesto más a delante al referirnos a los procesos de reforma psiquiátrica, los que están estrechamente vinculados al surgimiento de la psiquiatría social y comunitaria.

2.4.2.- Procesos de Reforma Psiquiátrica y surgimiento de la Psiquiatría Comunitaria.

Al plantear el análisis de las reformas psiquiátricas como procesos sociales, estamos también tomando una postura respecto de las limitaciones del enfoque biomédico para la comprensión de estos fenómenos -eminentemente sociales- a partir de definiciones centradas en el individuo y su reacción fisiológica a determinados agentes patógenos, aislados de la matriz social en el que éstos interactúan y del contexto social en que están inmersos.

Actualmente es imposible concebir el desarrollo humano en su dimensión biológica - sistema nervioso, cerebro- y psicológica, sin considerar la influencia de la interacción y del medio social de donde parten los estímulos que retroalimentan estos factores. Desde el momento que se concibe al hombre como un ser social, se asume que la interrelación de lo biológico con lo social da origen a su psiquismo. La ausencia de uno de estos tres niveles o dimensiones -biológico, el psicológico y el social- lleva a la desaparición del hombre como tal (Barrientos 2003).

Lo social adquiere cada vez un mayor peso relativo en la práctica médica, que se dirige hacia la superación de las concepciones clásicas y la instauración de un modelo biopsicosocial y salubrista. La psiquiatría como especialidad de la medicina cuyo objeto de estudio es impactado en alto grado por lo social, ha sido pionera en incorporar este nuevo modelo, que relava el rol de la comunidad.

La psiquiatría comunitaria encuentra en la reforma psiquiátrica su fundamento central. El cuestionamiento de la institución manicomial planteó a la psiquiatría, a partir de la post guerra, la tarea no sólo de declarar obsoletos los modelos médicos con los cuales se desarrollaban las estrategias custodiales de los enfermos mentales, sino al mismo tiempo, de proponer nuevas estrategias de intervención alternativas a la reclusión y el tratamiento asilar.

Los procesos de reforma psiquiátrica surgen como el intento institucional de desarrollar alternativas viables y concretas de superación del manicomio, por lo que asumieron distintos sentidos y adoptaron diversas estrategias, de acuerdo a las características sociopolíticas de cada país y su traducción en las orientaciones de las políticas de salud pública, el tipo de sistema sanitario, su forma de organización y grado de cobertura.

Así por ejemplo, en el caso de Francia, se pretende la transformación del manicomio en una institución terapéutica, mientras que en Italia y EE.UU, se plantea su cierre definitivo.

Sin embargo, a pesar de las diferencias conceptuales y de implementación, hay aspectos comunes que están presentes en los postulados teóricos de todas las experiencias de reforma psiquiátrica iniciadas con posterioridad a la Segunda guerra Mundial:

- a) la superación del manicomio y de la Psiquiatría asilar.
- b) la zonificación o territorialización.
- c) la continuidad de cuidados.
- d) la integración de los tres niveles clásicos de atención.

Las primeras experiencias europeas, en los años cincuenta se centraron en procesos de sectorización, es decir, en la territorialización de las prácticas psiquiátricas, en concordancia con los lugares de residencia de los enfermos mentales. Adquirió gran trascendencia la idea de trabajo en equipo, lo cual significó un serio desafío para las posiciones hegemónicas y verticalistas de los psiquiatras tradicionales. Se incentivó la participación de la población organizada en algunas fases de las intervenciones reparativas; se promovió la desinstitucionalización de los enfermos asilares y la atención ambulatoria en crisis y se desarrollaron iniciativas concretas en el campo de la prevención en salud mental.

Con esta matriz básica se instaló en Europa la Psiquiatría de Sector, empresa que partió en Francia y posteriormente se implementó en varios países de la región.

A continuación, abordaremos casos señeros de implementación de reformas psiquiátricas, con los beneficios y problemas que esto implicó, de acuerdo a las modalidades o formas que adoptó ésta, dependiendo de las características propias del contexto socio-histórico-cultural de los países que se analizan.

2.4.2.1.- Francia y la política del sector

En 1945 y 1947 se celebran las Jornadas Nacionales de Psiquiatría en Francia, donde se establecieron las bases de la política de sectorización, como la nueva forma de organización de los servicios psiquiátricos.

Para la concreción de la reconversión de los asilos la realización de procedimientos terapéuticos ambulatorios, en 1960 el Ministro de Salud, asesorado por una Comisión de Enfermedades Mentales instruye la transformación de los asilos en hospitales especializados en el tratamiento de las enfermedades mentales, considerando que la internación no es más que una etapa del tratamiento, que debe continuar en centros de prevención y post cura.

La circular ministerial de 1960 es el reconocimiento administrativo y la legitimación de un modelo, que asume los postulados de la psicoterapia institucional y la política de sector, que rompe el hospitalcentrismo, buscando una asistencia descentralizada en pequeñas zonas, en torno a una multiplicidad de servicios comunitarios tales como, hogares post cura, talleres protegidos, clubes terapéuticos, etc. y plasmando los siguientes principios:

- a) sectorización, delimitando áreas de 50 mil a 100 mil habitantes.
- b) continuidad de cuidados terapéuticos; el mismo equipo asegura el tratamiento en los diferentes servicios y momentos.
- c) Desplazamiento del eje asistencial desde el hospital a los servicios.

Se establece explícitamente la abolición del internamiento y la redefinición de los procedimientos terapéuticos psiquiátricos, con la finalidad de acercar a la comunidad la toma de decisiones, asumiendo la diversidad de estrategias que puede adoptar un servicio público de acceso universal, de acuerdo a las características particulares del territorio –entendido como la interacción de lo geográfico y lo social-.

La reforma francesa rescata la idea original de Esquirol, en el sentido de que una casa de alienados debe ser un instrumento de curación y que un médico hábil es el agente terapéutico más eficaz frente a las enfermedades mentales. De esta manera, además de la reconversión de los hospitales, se aboga por el fortalecimiento de los vínculos entre el médico y su comunidad “a cargo”, como fuente de conocimiento del primero, para el desarrollo de estrategias ad-hoc a las características de los segundos.

En la actualidad, el análisis del caso francés se nos presenta con avances desiguales, similares en estructura al caso chileno, debido a su organización sanitaria, en la que conviven un sistema de protección social, no excluyente y de acceso universal, con un sistema privado no regulado en su estructura por el sistema de salud pública y financiado por un sistema de seguros, además de perseverar un fuerte sector hospitalario público. Así, se fortaleció el predominio hospitalario, con una planificación cortoplacista y centrada en los aspectos curativos.

Al respecto, el psiquiatra Carlos Madariaga consigna que “(en Francia)...la pervivencia del hospital psiquiátrico quedó confirmada y reflejada en un informe gubernamental en 1992: el 70% de los 800 sectores de Psiquiatría y el 60% de los 300, de Psiquiatría infante - juvenil, permanecen atados a los centros hospitalarios”.

La complejidad de lo anterior yace en la posibilidad de que la práctica psiquiátrica evolucione hacia un desarrollo escindido entre una Psiquiatría de punta medicalizada y biologicista -en el hospital general-, y una Psiquiatría encargada de gestionar la cronicidad, en el hospital psiquiátrico. (Madariaga, 2009).

2.4.2.2.- Gran Bretaña y el Servicio Nacional de Salud

En Gran Bretaña, como consecuencia de la 2ª Guerra Mundial y la sobrecarga del sistema de salud, el Estado asumió la administración de todos los recursos sanitarios, integrándolos y regionalizándolos para garantizar la cobertura universal.

En 1948 Winston Churchill impulsa los proyectos de reforma y se promulga la Ley de creación del Servicio Nacional de Salud (SNS), considerada como la reforma administrativa más significativa en torno a la salud pública y las políticas sociales del mundo occidental en la época.

En términos de recursos profesionales, la época está marcada por la falta de personal calificado, por lo que las prestaciones de salud mental se organizan en torno a las comunidades terapéuticas y la psicoterapia institucional (al estilo Francés).

En 1958, Maxwell Jones, el psiquiatra más representativo de esta forma de abordaje terapéutico, plantea que en una comunidad la responsabilidad del tratamiento no queda confinada al personal médico sino que también concierne a los pacientes. Pese

a que la estrategia estaba destinada al aprovechamiento de todos los recursos de la red con fines terapéuticos, permitió como externalidad positiva, también mejorar aspectos relacionales y sentar las bases para el establecimiento de una interacción más horizontal y menos asimétrica entre médico y paciente.

Influenciado por el ambiente intelectual, que llamaba la atención sobre los aspectos nocivos de las instituciones psiquiátricas, en 1957 una comisión gubernamental encargada de analizar las políticas de salud mental, elabora un informe que recomienda cambiar la legislación sanitaria, para que se proporcione un cuidado a la gente con trastornos mentales de forma ambulatoria y sin restricciones a su libertad o cuestionamientos a su capacidad legal, dando lugar a la Ley de Salud Mental de 1959. Esta ley, establece explícitamente los postulados anteriores, vale decir, que los enfermos mentales deben ser tratados igual que el resto de los pacientes.

Además de distinguir entre tratamientos hospitalarios biomédicos y tratamientos terapéuticos de otra índole, así como una serie de servicios sociales que puedan coadyuvar a la rápida recuperación del paciente, fomenta desde el Ministerio de Salud la creación de unidades psiquiátricas en hospitales generales y de Hospitales psiquiátricos de Día (tratamiento ambulatorio).

Respecto a esta experiencia, sin duda una de las más exitosas en cuanto a efectividad de las medidas adoptadas y la resolutivez de los trastornos, Madariaga comenta “El Servicio Nacional de Salud inglés es la primera referencia en el mundo del libre mercado que demuestra las ventajas, en equidad y eficiencia, de una política sanitaria planificada, que ha permitido desarrollar una atención primaria, cuyo pilar es la garantía de continuidad, de tratamientos que proporciona el médico general y a instancias de quien, continúan los especialistas con los pacientes que lo requieren. El mismo equipo de psiquiatras atiende las demandas ambulatorias y hospitalarias en los diferentes recursos del área, sean de pacientes crónicos o de agudos” (Madariaga, 2003).

En efecto, desde que entró en vigor la Ley, a fines de los 50, los ingresos psiquiátricos de Gran Bretaña disminuyeron de 344 pacientes por cada 1000 habitantes a 156 por 1000 en 1981, demostrando la efectividad de una política de planificación articulada para dar cobertura a todos los servicios en la comunidad, incluyendo los sociales, que fueron reorganizados a la par con las reformas en el SNS, que ya en 1976 establecía la necesidad de asegurar hogares protegidos fuera de los hospitales para los

pacientes psiquiátricos y planteaba como uno de sus objetivos la equidad geográfica, consistente en la focalización de los recursos económicos en las zonas geográficas con mayores problemas de salud y privilegiar las acciones preventivas.

Otro aspecto relevante para el éxito de la política inglesa fue tomar la desinstitucionalización en su real dimensión y no confundirla con el simple cierre de los hospitales psiquiátricos. El cierre de los hospitales psiquiátricos no fue considerado en sí un objetivo del gobierno, sino una estrategia aplicable, dependiendo de la existencia de una gama de servicios de salud comunitarios locales que permitieran dar continuidad al tratamiento de los pacientes. En esta línea, uno de los objetivos sanitarios para el año 2000 era potenciar los servicios comunitarios, por medio de la transferencia de fondos desde hospitales y destinándolos a la promoción de salud y programas de soporte de pacientes crónicos en la comunidad.

2.4.2.3.- EE.UU. y los problemas de salud mental sin políticas públicas.

Durante la década de los 60, se inicia por primera vez una reforma psiquiátrica con respaldo legislativo, con el envío de un nuevo programa de salud mental denominado Ley de los centros Comunitarios de Salud Mental, enviado por el Presidente John F. Kennedy al Congreso, donde se proponía la creación de servicios para la prevención y el diagnóstico de las enfermedades mentales y para la rehabilitación y tratamiento en la comunidad (Ley Kennedy en Salud Mental, 1962).

Se asumen los mismos postulados que en otros procesos de reforma, declarando que el gran hospital psiquiátrico está desfasado y obsoleto, consensuando la postura de reducir el número de camas de estos hospitales, que en 1955 alcanzaba a las 600 mil, en las cuales un solo gran hospital en Long Island albergaba a 14 mil pacientes.

Los servicios que la ley dejaba en manos de los Centros Comunitarios de Salud Mental eran tan variados, como ambiguos en sus procedimientos y organización. Consistían en atenciones de urgencias, hospitalización, educación a la comunidad e información a la población respecto de la existencia de programas y énfasis en la prevención.

Se priorizó la creación de centros para hospitalización breve; servicios de asistencia ambulatoria; hospitalización parcial diurna, nocturna y de fin de semana; servicios de

urgencia psiquiátrica 24 hrs.; servicios de consultorías y educación para líderes comunitarios, pero no se reguló la forma en que estos dispositivos debían interactuar.

Todo esto en un estado federado, sin un sistema nacional de salud, que planifique y articule centralmente el funcionamiento de los dispositivos y su vinculación a otras instituciones de salud mental, sean públicos o privados. Por esto se considera al sistema de salud mental norteamericano como un asistema, en el que se tienen hospitales, clínicas, servicios infantiles, programas de drogas, centros comunitarios, centros de rehabilitación, todo lo cual coexiste sin ninguna planificación y coordinación para la complementación de las acciones.

El desarrollo de la Ley exigía el establecimiento de unos 2 mil centros, pero sólo se fundaron 600 y por su escasa efectividad y se concluyó que el funcionamiento de ellos era inviable sin un sistema nacional de salud.

Pese a lo anterior, la constitución de estos centros contribuyó al desarrollo de la psiquiatría comunitaria con dos hechos importantes: por una parte, constituyeron un esfuerzo concreto y real por desinstitucionalizar al enfermo mental y por legitimar la práctica de la atención ambulatoria de los pacientes; por otra, dieron curso al concepto de equipo de salud mental, interdisciplinario, trabajando con el enfermo y su familia dentro de la comunidad a la que pertenecía.

Sin embargo, en términos del financiamiento de la salud, para suplir la inexistencia de un servicio con soporte estatal, en 1965 se crearon los 2 únicos seguros públicos: MEDI CAID, programa federal par a los pobres o indigentes y el MEDI CARE, para los ancianos, mayores de 65 años y para los discapacitados. El MEDI CARE paga a los hospitales por grupos de diagnósticos asociados, proyectando convencionalmente la duración de la estadía hospitalaria par a un grupo de diagnósticos. Este seguro no paga al hospital por los servicios prestados más allá de esas estadías prefijadas.

De acuerdo a Madariaga, estos programas de contención de costos estimulan la exclusión de los asegurados menos rentables, produciéndose una discriminación de los enfermos mentales, en especial de los crónicos, pues sólo se favorece el financiamiento de la internación de corta estadía.

Esta política se intensificó durante la administración Reagan, que propuso hacer más rentable aún la inversión en salud, profundizando la características propias del modelo

neoliberal, a costa del abandono de toda responsabilidad pública en salud. Las consecuencias son evidentes: no hay políticas de salud pública ni uso de la epidemiología en el mundo sanitario, dominan los intereses de las grandes instituciones hospitalarias y curativas, en una atención determinada por la capacidad adquisitiva del individuo y condicionada por los seguros que dan una mejor cobertura a los servicios hospitalarios.

Posteriormente, los gobiernos republicanos de Clinton y Obama se comprometieron con una reforma de salud de cobertura universal a la población. Sin embargo, en 1994, el programa presidencial ya se había rebajado y debía enfrentar las resistencias de las grandes compañías y empresas de seguros y la reforma planteada por Obama corrió peor suerte al ser rechazada desde el congreso, gracias al lobby de las grandes aseguradoras.

2.4.2.4.- La reforma antipsiquiátrica a la italiana.

Como se enunció anteriormente, el país que asumió con más fuerza los postulados de la Antipsiquiatría fue Italia, de la mano de Franco Basaglia, psiquiatra y neurólogo veneciano que es considerado junto con Ronald D. Laing y David Cooper, como uno de los padres de la "antipsiquiatría".

La visión de Basaglia respecto a la institución psiquiátrica es que esta constituye el espacio de la violencia por antonomasia y que tiene por finalidad la invasión sistemática del espacio personal del enfermo psiquiátrico, convirtiéndose en un enorme receptáculo, lleno de cuerpos y mentes a la espera de que la institución y sus actores modifiquen su comportamiento adecuándolos a los intereses de la clase dominante.

Tras una corta incursión en el mundo académico, que no compartió sus innovadoras y revolucionarias ideas, en 1961 se hace cargo de la Dirección del Hospital Psiquiátrico de Gorizia, ciudad del norte de Italia, donde intenta transferir el modelo de la comunidad terapéutica dentro del hospital. A partir de ello, se elimina todo tipo de restricción física a los pacientes y la utilización de terapias electroconvulsivas, renovando además las relaciones humanas con el personal. Fue el inicio de una reflexión sobre la transformación socio-política del hospital psiquiátrico y experiencias adicionales de renovación en el tratamiento de la locura.

La psicopatología en términos orgánicos quedó, momentáneamente, supeditada a la dimensión política de la psiquiatría –o Antipsiquiatría- y el rol que cumplió ideológicamente en el impulso de las reformas sociales, especialmente en educación y salud, implementadas por el gobierno de Aldo Moro, que a partir de 1962 intenta una descentralización administrativa del país en pos de la instauración un sistema nacional de salud, universal y equitativo, como el británico.

La psiquiatría como acción política se concretó con el movimiento Psiquiatría Democrática liderado por Basaglia y el conjunto de la izquierda italiana lograron que en 1978 fuera aprobada, casi por unanimidad en el Parlamento, la Ley 180 de reforma psiquiátrica, en la cual se ordenaba el cierre progresivo de los hospitales promoviendo la atención comunitaria. Este hito constituye la concreción del proceso descentralizador: el cierre del manicomio y la creación de servicios alternativos en la comunidad. La reprobación al manicomio se une a la crítica a todas las instituciones de marginación, tales como, las correccionales de menores, cárceles, albergues etc.

La Ley 180 establece la prohibición de construir nuevos hospitales psiquiátricos y de realizar nuevos ingresos de pacientes en los existentes; organiza los servicios psiquiátricos comunitarios por áreas geográficas y permite disponer de unidades psiquiátricas, nunca con más de 15 camas, en los hospitales generales, que darán cobertura a los nuevos ingresos y en casos de tratamientos obligatorios, se establece que un juez deberá velar por los derechos civiles de los pacientes.

Así, la supresión de los hospitales psiquiátricos se convirtió en un proceso gradual, que permitió una desinstitutionalización evitando institucionalizar a nuevos pacientes, pero haciéndose cargo de los crónicos ya existentes y permitiendo que los servicios comunitarios comiencen progresivamente a cubrir los requerimientos terapéuticos de la población. A su vez, los nuevos servicios se diseñan como alternativos a los hospitales psiquiátricos, bajo el principio de que la psiquiatría hospitalaria debe ser complementaria al cuidado comunitario y no a la inversa.

En la actualidad los principios rectores de la reforma Italiana se mantienen, pese a constantes cuestionamientos respecto de si la consideración de los pacientes como sujetos de derecho y actor fundamental en la definición de los tratamientos es suficiente en términos terapéuticos, considerando los innegables avances en el campo de la neurociencia y el desarrollo de farmacológico de antipsicóticos de última generación que han demostrado eficiencia en la reducción de síntomas productivos.

Sin embargo, la implementación ha tenido un desarrollo muy desigual dependiendo de las regiones y sus realidades financieras, destacando la experiencia de la localidad de Trieste, donde además de haber implementado una amplia red de servicios médicos dedicados a hospitalizaciones breves, servicios ambulatorios, centros diurnos y prestaciones sociales, se ha desarrollado Centros de Salud Mental para atender la cronicidad lo que ha posibilitado el cierre del hospital psiquiátrico, sin abandonar a la población crónica.

Posteriormente, el hospital psiquiátrico de Trieste fue reemplazado por siete centros de salud mental, una unidad de emergencias en el hospital general y hogares protegidos vinculados a empresas sociales cooperativas encargadas de la reinserción sociolaboral.

2.4.2.5.- La Reforma de Quebec

Después de la Segunda Guerra Mundial, la ciudad de Quebec inicia un plan estatal de salud destinado a atacar las desigualdades sociales de acceso a la salud, tendiente a la adopción de un régimen nacional y universal de cobertura en este ámbito y en educación.

En 1962, en Quebec crea una comisión gubernamental que investiga y evalúa la situación de los hospitales psiquiátricos. Una de sus recomendaciones es evitar la construcción de nuevos establecimientos de este tipo.

El modelo sanitario de Quebec, es un sistema descentralizado para los servicios de atención primaria y los Departamentos de Salud Comunitaria, con un modelo mixto de participación público - privada, pero de financiamiento, mayoritariamente, Estatal.

De esta manera, a partir de políticas de salud pública, se promueve la participación del ciudadano, la familia y la comunidad en la adquisición de hábitos saludables, la formación de grupos de autoayuda y la modificación de costumbres de vida.

El plan de salud de Quebec se basa en la prevención y promoción de la salud y utiliza como estrategias, además de las ya mencionadas, una planificación eficiente, que busca mejorar los servicios de salud pero fundamentalmente centrado en lograr coordinación eficiente de las políticas públicas relacionadas a las salud.

Así surgen conceptos como “poblaciones vulnerables” o “en riesgo”, que resultan imprescindibles a la hora de administrar los recursos de manera eficiente y que prevalecen hasta ahora como pilares del salubrismo, Se trata de encontrar indicadores y factores de riesgo que permitan determinar prioridades sanitarias para focalizar la asignación de recursos.

Este concepto de población vulnerable permite orientar la medicina preventiva, proporcionar más asistencia donde mayor es la necesidad e intervenir más precozmente en la cadena de causalidades que conducen al desarrollo de la enfermedad.

La reforma psiquiátrica en Quebec se inserta dentro del marco sanitario por esencia: la descentralización y la regionalización de los servicios, detener la construcción de nuevos hospitales psiquiátricos, la construcción de servicios de Psiquiatría en los hospitales generales y la creación de redes alternativas.

Dentro de las dificultades que se han presentado, se mencionan la saturación de los servicios, con listas de espera en las urgencias, escaso número de psiquiatras, proliferación de servicios pero sin definición de sus cometidos y límites, todo lo cual ha provocado, alguna discontinuidad en la atención y un incremento en el gasto.

Con todo, hay hechos que miden la política de desinstitucionalización efectuada en Quebec, como la disminución de camas en hospitales psiquiátricos, de 20 mil en 1962 a 12 mil en 1980; la creación de camas psiquiátricas en hospitales generales, con un incremento desde 580 en 1962 a 2703 en 1986; creación de estructuras intermedias, como hospitales de día, talleres y hogares; el crecimiento del número de pacientes acogidos en familias que, de 2013 en 1970, aumenta a más de 6 mil en 1985.(Madariaga 2003)

2.5.- Desarrollo histórico de la Psiquiatría en Chile.

De acuerdo a Alfredo Aroca Medico Psiquiatra de la Universidad de Chile y Doctor en Medicina de la Universidad Libre de Bruselas, la evolución de la psiquiatría en nuestro país puede dividirse en tres etapas: La primera de ellas se denomina del Asilo, por la función fundamentalmente de reclusión que se le otorga a la institución y se desarrolla entre 1852 y 1952. A partir del año 1953 y hasta 1970, se desarrolla la segunda etapa

denominada del Hospital Psiquiátrico; debido al incipiente criterio médico con que se comenzó a abordar la locura, en cuanto enfermedad curable. Como tercera etapa, se considera la denominada era de la Salud Mental de la Comunidad, que comprende desde 1971 hasta hoy en día -considerando el largo periodo de estancamiento y retroceso provocado por el golpe militar-.

2.5.1.- La Era del Asilo.

El primer hito relevante como antecedente de la Psiquiatría en Chile es la fundación de la Casa de Orates de nuestra Señora de los Ángeles en 1852, considerado como el primer establecimiento del país destinado a la internación de personas con patologías psiquiátricas (Medina, Escobar, Quijada, 2002). En esta etapa, el asilo se entiende una institución de reclusión y exclusión social del paciente demente, destinado a evitar escándalos o conductas inaceptables social o normativamente. Debido a esto, el lugar del loco en el asilo era compartido por delincuentes, prostitutas y borrachos (Medina, Escobar, Quijada, 2002).

Por otro lado, la formación médica, no contemplaba la locura. Los enfermos eran tratados por médicos generales, que posteriormente, dada su experiencia práctica, se especializaron en el área de la psiquiatría (Medina, Escobar, Quijada, 2002). El aprendizaje de ésta comprendía un breve período de observación y reconocimiento de cuadros graves y terminales, para su posterior remisión al asilo -que cumplía una función terapéutica-. El rol del médico al interior del asilo era secundario y estaba supeditado a la autoridad religiosa o a las juntas de beneficencia, que administraban los asilos y que se mantenían con fondos de la caridad (Medina, Escobar, Quijada, 2002).

Respecto a la caracterización socioeconómica de los pacientes, eran principalmente de sectores empobrecidos de la sociedad. En cierto sentido la casa de orates era un establecimiento destinado a hacer caridad con los pobres, en donde se albergaba a quienes deambulaban por la ciudad, puesto que ya no vivían con sus familias. En el primer periodo de la casa de orates no existe registro de que sectores socioeconómicamente privilegiados hayan enviado a sus familiares a este centro. Los primeros registros de internación de personas con poder económico, surgen a fines del siglo XIX, en los centros privados (Aroca, 2005).

De lo anterior se puede deducir que el lugar de los enajenados que poseían ingresos estaba en el interior de sus familias, utilizando como reclusorio los inmuebles de la familia para resguardar la imagen familiar frente a la ciudadanía en general. Aroca (2005) señala que dentro de este período existen archivos que contienen procesos judiciales destinados a declarar incompetentes a muchos locos, cuya finalidad es desheredar o bien que un tercero pueda administrar la fortuna familiar y así cuidar el patrimonio, agregando que la mantención de los insanos al interior de la familia permitía perpetuar la integridad, la imagen y las redes sociales de la familia.

Este aspecto reviste de gran importancia en la concepción general de la enfermedad mental y el aislamiento que provoca, y los prejuicios, creencias y valores relacionados al respecto no ha variado radicalmente, lo que puede actuar como factor gravitante en la generación de representaciones sociales, especialmente en patologías mentales graves como la esquizofrenia.

A dos años de su instalación, la casa de Orates contaba con 103 pacientes, y un grupo permanente de 59 enajenados (www.psykeba.com.ar). Al interior del asilo se usaba regularmente el encadenamiento como parte normal del tratamiento sumado a los aspectos comprendidos en el tratamiento físico o moral.

- Tratamiento físico, comprendía la hidroterapia: baños tibios, duchas, natación. Los baños se realizaban a una temperatura que oscilaba de los 30° a los 32° y tenían una duración aproximada de dos y media horas; como sedantes se utilizaban los bromuros, el alcanfor y antipirina, como hipnóticos el trional, sulfonal e hidrato de cloral (Medina, Escobar, Quijada, 2002).
- Tratamiento moral, se utilizaba preferentemente en la manía y melancolía. Consistía en el aislamiento; o en salidas acompañadas por un familiar, desarrollar algún trabajo dentro del asilo, como por ejemplo, talleres de zapatería, carpintería y costura, entre otros que contribuyeran al buen estado del paciente (Medina, Escobar, Quijada, 2002)

En el periodo inmediatamente posterior de la creación de la Casa de Orates, en Chile no existía una visión claramente consensuada de los orígenes de la locura y por tanto del tipo de tratamiento requerido por los enfermos mentales, existiendo división entre médicos y teólogos. Pese a esto, y debido a la influencia de la psiquiatría francesa, se instaló la necesidad de incorporar la función terapéutica al asilo, concibiendo los trastornos mentales como enfermedad curable.

Recién, a partir del año 1930 y hasta 1950, surgen tratamientos terapéuticos más relacionados a la medicina -se desarrollan los tratamientos con insulina y los choques eléctricos- lo que se considera la transición hacia la segunda fase de la psiquiatría en Chile (www.psykeba.com.ar).

2.5.2.- El Hospital Psiquiátrico y el Surgimiento de la Especialidad Médica.

A partir de los años 50 la institución del Asilo, como era concebida tradicionalmente, evoluciona adoptando una postura médica. La Casa de Orates se convierte en el Hospital Psiquiátrico, se instauran cátedras regulares y se comienza la formación de la psiquiatría como especialidad de la medicina (Medina, Escobar, Quijada,2002). Además, se intenta lograr la especialización, no sólo de los médicos, sino del personal técnico y auxiliar para que respondieran a las necesidades terapéuticas de los enfermos. Se realizan investigaciones que respalden los logros terapéuticos obtenidos y se perfeccionan los criterios diagnósticos. El especialista pasa a ser más respetado y consultado, las estadísticas permiten demostrar una mayor efectividad en los tratamientos, y tener una afección psiquiátrica va dejando de ser una vergüenza crónica e irreversible (Medina, Escobar, Quijada,2002).

En el año 1952, se realiza la fundación de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, bajo la dependencia administrativa del Hospital José Joaquín Aguirre. Se trata del primer servicio clínico de psiquiatría inserto en un hospital general, modelo que inauguró una red de servicios institucionales de tipo profesional. Esta red incluía la consulta ambulatoria, hospitalización de día, talleres de rehabilitación, psiquiatría de enlace y otras formas de tratamiento que superan la concepción asilar. En este periodo, el asistencialismo es concebido como un deber nacional, por lo que se amplía la cobertura y se incorporan técnicas psicoterapéuticas y farmacológicas que permiten la atención externa de algunos casos.

La formación de personal se ve incrementada en las universidades, motivándose a profesionales de la salud, hacia el control de la prevención del alcoholismo y la neurosis como los problemas de salud mental prioritarios (Medina, Escobar, Quijada, 2002).

De esta manera, a pesar de los escasos recursos y las precarias condiciones económicas con se trabajaba, se sentaron las bases de la salud pública y el

salubrismo, incorporando datos de investigaciones clínicas y epidemiológicas a la generación de programas nacionales de salud mental.

2.5.3.- Psiquiatría Comunitaria en Chile. Avances y Retrocesos.

A partir de los años 60, la psiquiatría mundial se orientaba hacia la influencia de lo social y la incorporación de la comunidad en el tratamiento de los problemas de salud mental.

El giro en este periodo -impulsado por el movimiento antipsiquiatra de Italia, en donde se procedió a cerrar gran cantidad de hospitales psiquiátricos- introdujo una nueva forma de tratamiento, en donde lo ambulatorio, el trabajo grupal y la adquisición de herramientas sociolaborales son los ejes de la intervención, con lo cual el hospital pasa a ser un centro de apoyo al tratamiento y no el eje central de este. (Aroca, 2005).

En el año 1968, el Área de Salud Sur del antiguo Servicio Nacional de Salud, y bajo la conducción de la Universidad de Chile, pone en marcha prácticas comunitarias en salud mental, estrechando la relación con sectores poblacionales. Experiencia señera fue el Centro de Salud Periférico, que tenía la función de organizar y educar a la comunidad en el manejo comunitario de los problemas de salud mental más prevalentes, buscando condiciones para crear redes de trabajo compartido tanto en el nivel comunitario como respecto de la institución hospitalaria del sector.

Desde los 70 se introdujeron técnicas de tratamiento farmacológico y basadas en la evidencia de investigaciones que indicaron que un porcentaje no menor de la población (20%) requería de atención psiquiátrica, la que no podía ser abordada sólo institucionalmente. Así se planteó el desafío de fondo, que implicaba la transferencia de los programas de asistencia, docencia e investigación- desde la estructura institucional acotada al ejercicio “medico-profesional”, a una estructura de comunitaria “de masas”. En términos de programa, la asistencia es entendida sectorialmente como labores de líderes de la comunidad, personal de la salud y el equipo de salud mental, siendo la prevención tarea de toda la población. La investigación científica se “centra en la creación, implementación y evaluación de programas populares de salud mental” (Medina, Escobar, Quijada, 2002).

Las primeras experiencias de psiquiatría comunitaria son impulsadas por los facultativos Juan Marconi, Luis Weinstein y Martín Cordero. El primero, desarrolla la

llamada “psiquiatría intracomunitaria”; mientras Weinstein impulsa el modelo de “salud mental poblacional”. Ambas propuestas tenían un sólido posicionamiento crítico frente a la psiquiatría institucional y los servicios de atención en salud mental y compartían su preocupación por relevar a su máxima expresión el rol de los agentes comunitarios en las prácticas de salud mental. Se preocuparon por las cosmovisiones locales, los procesos culturales particulares de los grupos poblacionales, por su capacitación, por la educación popular, por su organización, etc., entendiendo todo ello como condiciones obligatorias para la participación de la comunidad en los procesos de cambio social.

Como se observa, el proceso chileno no es muy disímil de lo que sucede a nivel mundial, en términos de su inscripción como parte activa del movimiento por la reforma psiquiátrica -lo que representó una propuesta de avanzada en la América Latina en la época-.

Sin embargo este auspicioso panorama se desvaneció violentamente con el Golpe de Estado militar del año 1973 que afectó a todas las instituciones político- sociales del país y determinó la extinción, no sólo de este modelo en salud, sino de todas las iniciativas de la vida social asociadas a la participación social y comunitaria.

Nadie discute hoy el gravísimo retroceso que significó para la salud mental chilena, en tanto disciplina científica y profesional, los 17 años de dictadura militar; ese período histórico literalmente paralizó su desarrollo, ya que las prácticas comunitarias pasaron a nutrir las fantasías paranoicas del aparato represivo. En el periodo de dictadura militar, se produce un quiebre en la evolución de la psiquiatría, dando un vuelco desde lo comunitario a lo biológico, priorizándose la farmacología por sobre la integración social, en lo que muchos consideran como la “larga noche” de la psiquiatría comunitaria chilena.

En 1990, tras el retorno de la democracia, se retoma paulatinamente la orientación comunitaria de la salud mental. A partir de ello, se identifica la necesidad acercar de manera concreta la atención en salud a la comunidad como la integración de los servicios de psiquiatría a los hospitales generales -con otras especialidades- y la creación de dispositivos comunitarios en atención primaria -COSAM, Centros Comunitarios de Salud Mental, entre otros-.

Sintetizando, en un interesante trabajo de ordenamiento de la historia de la psiquiatría comunitaria en Chile, el psiquiatra Juan Marconi Tassara, fundador del Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial Barros Luco -que lleva su nombre- y precursor de las experiencias de psiquiatría comunitaria en nuestro país, propone la siguiente cronología de la reforma psiquiátrica en el país:

Secuencia de eventos creativos (1947 – 1967): etapa con predominio de la investigación básica, clínica y epidemiológica, así como de la formulación inicial de programas nacionales, con escasos o nulos recursos.

Secuencia de eventos creativos y regresivos (1968 – 1989): donde castran un intento de programa masivo adaptado a la realidad latinoamericana, y su desaparición durante la dictadura (1973 – 1989), prácticamente, con regresión de todas las actividades de Salud Mental, a nivel nacional.

Restauración de crecimiento institucional (1990 – 2000): con investigaciones epidemiológicas de nivel internacional, mayor desarrollo de redes de servicios, a nivel profesional, en hospitales generales y reforzamiento del nivel normativo del Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental.

El autor privilegia una perspectiva focalizada en las condiciones sociohistóricas concretas en las que se ha desenvuelto la disciplina, relevando el tema de las políticas de Estado y a las condiciones políticas que han favorecido u obstaculizado el libre desarrollo de las propuestas de acción. Tal enfoque permite demostrar la importancia del pleno respeto a los derechos humanos como condición garante del crecimiento de las instituciones de salud, de las ciencias y, en particular, de la psiquiatría comunitaria.

Siguiendo a Marconi, a continuación se agregan tres cuadros en los que el autor, protagonista fundamental de este proceso, hace un valioso rescate de los hitos fundamentales que configuran la psiquiatría comunitaria chilena:

Cuadro N° 1.
Secuencia histórica de eventos creativos: 1942 – 1967

Evento N°	Año	Institución	Evento	Autores	Comentarios
1.1	1942	U. de Chile	Investigación básica apetencia de alcohol en ratas	1) Jorge Mardones y cols 2) Yedi Israel y cols	Se aplica hoy a seres humanos: 1) Drogas que bajan apetencia 2) Se investiga, en Chile, terapia génica del alcoholismo
1.2	1952	U. de Chile	Primer Servicio de Psiquiatría en Hospital General	Ignacio Matte y cols	Inicia Reforma Psiquiátrica en Chile, a nivel asistencial
1.3	1953	U. de Chile	Primera Investigación de Prevalencia de bebedores en población general	Juan Marconi y cols	5% de alcohólicos y 15% de bebedores excesivos. Replicada en Chile y Latinoamérica
1.4	1957	Servicio Nacional de Salud	Programa Nacional de Alcoholismo Hospital General	Jorge Mardones, José Horwitz, Juan Marconi	- Prevención primaria: Educación escolar. - Secundaria: cadena de servicios: diagnóstico y tratamiento precoces
1.5	1958	Servicio Nacional de Salud	Investigación prevalencia Trastornos Mentales	José Horwitz y cols	10% Neurosis. 5% Alcoholismo. 2% Epilepsia. 1% Demencia. 1% Retardo Mental. Total: 20%
1.6	1966	Servicio Nacional de Salud	Programa Nacional de Salud Mental. Hospital General	José Horwitz, Juan Marconi, Leonardo Muñoz	Red de Servicios en torno a Hospital General

Cuadro N° 2.
Secuencia histórica de eventos creativos y regresivos: 1968 – 1989

Evento N°	Año	Institución	Evento	Autores	Comentarios
2.1	1964	U. de Chile	Teoría de la psicosis	Juan Marconi	Aplicada en 2.5
2.2	1968	U. de Chile	Programa Intracomunitario de Alcoholismo: Área Sur de Santiago	Juan Marconi	Base: un Consultorio. Delegación masiva de funciones
2.3	1970	U. de Chile Servicio Nacional de Salud Comunidad Área Sur	Programa Intracomunitario de Salud Mental	Juan Marconi	Se extiende a Trastornos Emocionales, privación sensorial
2.4	1973 1989	Parálisis y	Regresión de	Actividades durante	17 años , salvo 2.5
2.5	1976	U. de Chile Servicio Nacional de Salud Hospital El Peral	Creación de Servicio de agudos y rehabilitación masiva de crónicos	Juan Marconi y cols	Aplica Teoría de la Psicosis, delegación masiva de funciones y terapia conductual masiva (Economía de Fichas)
2.6	1980	U. de Chile	Programa Intracomunitario de Psicosis, en Consulta Externa Hospital Barros Luco	Juan Marconi y cols	Por probarse en comunidad

Cuadro N° 3.
Restauración y crecimiento institucional: 1990 – 2000

Institución y autores	Logros en Salud Mental	Comentarios
1- Ministerio del Interior Creación del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes: (21 - IX - 1990). Gobierno: Patricio Aylwin	- Mide, cada dos años, Prevalencia e Incidencia de uso de drogas y alcohol.	Creado el 21 - IX - 1990: crece, históricamente, la asignación de recursos en el tema, contribuyendo a crear conciencia pública y política de los problemas de Salud Mental, a raíz de la investigación de drogas ilícitas, desde 1985
	- Concursa fondos para más de 1.200 proyectos de acción comunitaria en el tema (1998) Con cifras de prevalencia, desagregación por comuna, crea Sistemas Comunales de Prevención SISCOP, en población de mayor riesgo (1999)	
2- Ministerio de Salud. Unidad de salud Mental Dr. Alfredo Pemjean, Dr. Alberto Minoletti y cols	- Creación de normas técnicas en clínica y Salud Mental	En 1990 se amplía el personal de la Unidad de Salud Mental y se mejora, ostensiblemente, su calidad y capacidad técnica.
	- Revisión y actualización de políticas de alcohol (1997-98)	
	- Plan de Asistencia Psiquiátrica para Chile (1998)	
	- Impulsa desarrollo de la Reforma psiquiátrica a nivel nacional	
3- Universidad de Concepción Dr. Benjamín Vicente y cols	Programa de Investigación Epidemiológicas para Chile. Rev. Psiquiatría XI: 4, 1994 (número monográfico)	- Actualiza metodología internacional en epidemiología psiquiátrica.
		- Junto a Servicios de Salud de la VIII Región, crea importante polo de desarrollo en Salud Mental.
		- Organiza primer Congreso Mundial de la Federación de Salud Mental. (3 al 10 de Septiembre 1999)

2.6.- Momento de Síntesis. Panorama General de la Psiquiatría, Avances y Desafíos Actuales.

El sentido de presentar extensamente la evolución histórica de la psiquiatría y sus variadas concepciones de la enfermedad mental, se basa en las implicancias concretas –y muchas veces nefastas- que han tenido estos enfoques o formas de abordaje para quienes padecen este tipo de trastornos y para su entorno cercano.

Los trastornos mentales, más que otro tipo de patologías, han sido abordadas indistintamente desde las interpretaciones mágico-religiosas, hasta las científico-biomédicas, pasando por la adjudicación de un origen exclusivamente social, que cuestiona incluso su carácter de enfermedad, en la antipsiquiatría.

Sin embargo y pese a la multiversidad de enfoques que persisten hasta ahora, hay avances incuestionables en el estudio de los aspectos biológicos, genéticos, neurofisiológicos y epidemiológicos de estos trastornos.

De la misma manera, se ha logrado desarrollar un marco teórico conceptual y un lenguaje común en salud mental, permitiendo la estandarización de ciertos criterios

diagnósticos -considerándose una nueva revolución actualmente en proceso referida a la importancia de los determinantes sociales en salud y a la incorporación activa de la comunidad-.

Pese a lo anterior, estos aspectos parecen estar circunscritos a la esfera académica y al ejercicio profesional de las disciplinas vinculadas a la salud mental, impactando poco en los significados simbólicos de la enfermedad y las negativas consecuencias que la aparición del trastorno causa al afectado directo y su familia. En efecto, poco ha variado la connotación de “catastróficas” de las enfermedades mentales y la repercusión social que esto implica.

Así, en la comunidad parecen mantenerse y reproducirse prejuicios y creencias sobre las patologías mentales severas, que no se condicen con el avance científico y las posibilidades terapéuticas existentes para su superación -que han demostrado efectividad cuando se complementan con prácticas comunitarias que facilitan la integración social-.

Desde las visiones más organicistas del fenómeno, hasta los movimientos reformistas que abogan por un trato más humanitario para los excluidos, se reconoce que actualmente existen más posibilidades terapéuticas y de reinserción social, pero esto no trasunta masivamente a la comunidad y parece no impactar de manera determinante en las representaciones sociales de la enfermedad mental.

En sentido contrario, el avance de la ciencia y la efectividad terapéutica de los tratamientos de enfermedades infectocontagiosas no tardaron en traducirse en la desaparición de los Hospitales Infecciosos. Incluso frente al rebrote de la tuberculosis, no se prevé el retorno a ellos. No obstante, en similares condiciones de efectividad terapéutica para patologías mentales severas, aún se mantiene una fuerte cultura a favor del manicomio y la lucha por su desaparición es más bien voluntarista -impulsada algunas agrupaciones de familiares suficientemente organizadas y por profesionales de la salud que intentan acciones para avanzar en esta línea, más bien por convicciones personales-.

Lo anterior reafirma la convicción de que todos los principios subyacentes a los procesos de reforma psiquiátrica, no son más que una declaración de buenas intenciones, si no están acompañados de una política estatal de salud, que logre la operacionalización de los principios del modelo de atención a partir de una definición y

planificación de estrategias concretas de intervención que consideren las características de la comunidad.

Así, antes que la evidencia científica, se requiere de voluntad política y convicción desde los equipos de salud y la comunidad, para adoptar seriamente el enfoque comunitario, que representa un desafío mayor en términos de coordinación de las instancias de la red asistencial y requiere de una asignación racional de recursos financieros y humanos (profesionales, técnicos y comunitarios) de acuerdo a las definiciones que se adopten.

En este sentido, podemos considerar la reforma psiquiátrica -en Chile y el mundo- como un proceso inconcluso, conformado con experiencias diversas desde lo teórico y práctico y fuertemente determinada por las condiciones histórico culturales y socio políticas de los lugares en que se desarrolle.

Mas aún, diversos autores plantean que la psiquiatría se encuentra en situación de crisis paradigmática, en el sentido que Thomas S. Kuhn alude a la obsolescencia de determinado paradigma frente a los nuevos enigmas planteados, en este caso, en el ámbito del comportamiento humano y del “psiquismo” individual y colectivo -refiriéndose a la desadecuación que se ha producido entre el desarrollo de la teoría y la práctica científica de diversas disciplinas de la salud mental-

No obstante lo anterior, subsiste un predominio biologista, que reduce lo social y cultural a la parte más externa de la sintomatología de la enfermedad. Su enfoque del binomio salud enfermedad tiene todavía fuertes resabios de biomédico, con un acercamiento lineal - no dialéctico o dialógico- que impide un abordaje holístico.

En este punto es necesario entender que un enfoque integral en salud mental, implica dejar de mirar sólo los aspectos fisiológicos o reacciones del sistema nervioso central y asumirlos como los problemas del vivir, directamente relacionados a la conciencia individual y social del hombre y a su subjetivismo.

A partir de la historia de la psiquiatría refrendamos que el fenómeno de los trastornos mentales no es solo biológico y que la concepción de la locura no depende del tratamiento biomédico o psicofarmacológico. Son principalmente aspectos socioculturales y de contexto político-social, los que hacen que el loco de antaño no necesite ya ser aislado de la sociedad y pueda convivir en su medio. El problema

radica en los conocimientos, actitudes y practicas ancestrales de la población hacia la enfermedad mental, a lo que se une en nuestros días el factor economicista neoliberal y reificación del éxito individual como principio rector de la dinámica social, que vuelven en la espiral histórica al aislamiento de los diferentes.

Gracias al desarrollo de las ciencias sociales, la consolidación de su matriz epistemológica y la expansión de sus campos de acción, hoy se avanza hacia un acercamiento integral de la salud y enfermedad mental.

De acuerdo a Barrientos, esta aproximación se sustenta en la valorización del papel de la cultura, de la organización social y del modo de producción dominante, en la génesis de las enfermedades. Así, la Salud Mental de poblaciones determinadas y los criterios, actitudes y prácticas de esas poblaciones para con los enfermos psiquiátricos, son determinantes en las decisiones respecto del tratamiento, así como de los modelos de intervención y organización de la red asistencial.

Desde la perspectiva biológica, pero en el mismo sentido integrador, gracias al surgimiento de las neurociencias sabemos que el cerebro contiene millones de neuronas, pertenecientes a miles de variedades. Que existen al menos cien sustancias neurotransmisoras y que el cerebro ha logrado desarrollar más de cien billones de sinapsis neuronales. Sabemos también, que desde el nacimiento y durante toda la vida los estímulos internos y externos al cerebro, pueden modificar constantemente los procesos moleculares y las conexiones sinápticas. Este proceso adaptativo, llamado “plasticidad sináptica”, propicia modificaciones estructurales del cerebro –creación de nuevas sinapsis, eliminación de las antiguas- permitiendo la conservación de la plasticidad sináptica durante toda la vida.

Con esto entendemos que existe una dinámica Bio-orgánica en el psiquismo humano, influida o determinada por las representaciones sociales, que se fundan en la interacción humana y que, al una producción de sentido dentro de un universo simbólico determinado, influyen también en lo biológico, dando así por superado el mito de que el cerebro humano es estático e independiente de la experiencia.

Esta conexión indisoluble entre lo biológico y lo social genera espacios para la interdisciplinariedad en el estudio del psiquismo humano y permite la complementariedad de distintas esferas del conocimiento, en pos de la búsqueda de

mejores condiciones para el cuidado, tratamiento, rehabilitación e integración social de los afectados por enfermedades mentales severas.

El impacto del avance de las Neurociencias y las Ciencias Sociales en la Psiquiatría la acercan más a la esencia de su objeto de estudio que es el psiquismo del hombre como ser social. La psiquiatría se hace necesariamente interdisciplinaria para mantener su integralidad y su identidad.

Las necesidades de la población y el desarrollo científico-técnico, siguen líneas ascendentes y convergentes. En el momento en que ambas se cruzan y una ciencia o técnica determinada es capaz de satisfacer las necesidades de la población, se produce un salto cualitativo en las primeras y un mayor bienestar en las segundas. Es en ese punto de pivote hacia donde debe acercarse la psiquiatría (Barrientos, 2003).

Por todo lo anterior, entendemos imposible hablar de salud mental sin vincularla a sus representaciones, socialmente construidas e influidas por el contexto social, la historia y el acervo cultural, con la misma o mayor intensidad que por lo biológico. “ (...) Toda sociedad produce una subjetividad situada en su tiempo histórico y a la vez genera las condiciones suficientes y necesarias para establecer distintas formas de padecimiento mental (...) Se trata de mostrar que el daño mental sólo es comprensible en relación con los códigos simbólicos que cada sociedad en cada momento histórico pone en juego.” (Galende, E. 1990).

Actualmente, se permite el regreso al aislamiento de la diferencia, ahora desde lo socioeconómico y relacionado al predominio de principios neoliberales, que apuntan nuevamente a excluir al paciente psiquiátrico considerado, desde su discapacidad productiva, como un lastre para una sociedad con preeminencia de valores cada vez más individualistas, centrados en la competitividad y con predominio de la lógica de mercado, más que en la cooperación.

Retomando la idea de crisis paradigmática en la psiquiatría, creemos que es indispensable asumir una postura integradora -en el sentido de síntesis teórica- que permita superar las posturas deterministas, basadas en reduccionismos biologicistas, psicologicistas o sociologicistas y avanzar hacia la complementación de estas esferas, tanto en la reflexión teórica, como en su correlato en las prácticas médicas y sociales, pero sin perder de vista la especificidad de los fenómenos humanos que se inscriben en cada uno de esos tres niveles.

De esta manera, el enfoque comunitario en salud mental y psiquiatría debe integrar, incluir y amplificar la perspectiva clínica, dándole una dimensión y proyección nueva, que no tenía cuando operaba en los marcos del modelo biomédico convencional, pero sin restar importancia a dicho componente.

En este sentido, es destacable relevar el planteamiento de Manuel Desviat y Alberto Fernández en la editorial del primer número de la revista española “Psiquiatría Pública” donde proponen la creación de un proyecto teórico-práctico destinado a la transformación social: “...disputar en el terreno de la técnica, de la investigación, del discurso, un espacio para los procesos de reforma que debían ir más allá de una simple reorganización de la asistencia. Un espacio donde cupiera la psicoterapia y el psicoanálisis, la neuroimagen y la psiquiatría biológica: eso sí, dentro de una dimensión pública, desde la universalidad y la equidad”. Desviat, M., Fernández, A., “Salud Mental Comunitaria como Estrategia o como Utopía”. (Extraído de Revista “Psiquiatría Pública”, N°1, España.)

En esta línea, la OMS ha entregado irrefutables argumentos, con base en la medicina de evidencias, respecto de que las opciones terapéuticas y de rehabilitación que han emergido desde modelos comunitarios producen un mejor impacto en la recuperación de la salud y generan mejor costo-efectividad, sin embargo, estas prácticas no emergen espontáneamente.

Desde la estructura institucional de salud pública se deben generar las condiciones necesarias para la incorporación de agentes de salud surgidos desde la base social, diversos en su origen y posición, depositarios de formas populares y tradicionales de conocimiento, hábiles en ciertas prácticas beneficiosas para sus pares y validadas por ellos, lo cual promueve la necesidad de construir métodos de trabajo con el concurso dialógico de estas diversas cosmovisiones, con la participación real y comprometida de todos los actores.

Sin embargo, y a pesar de que pocos discuten hoy la urgente necesidad de superar absolutamente la institución del hospital psiquiátrico, es necesario evaluar los resultados inmediatos del desarrollo de alternativas asistenciales para los trastornos psiquiátricos mayores o de larga evolución.

La insuficiencia de algunas de esas alternativas que confunden la desinstitucionalización con deshospitalización; generan los “nuevos crónicos”, cohorte formada por los antiguos pacientes de los manicomios puestos en la calle y los nuevos enfermos sin acceso a la asistencia psiquiátrica. El eje no es biológico ni de ineficiencia terapéutica, es por el contrario, social, donde los factores de la práctica estatal y la economía se unen en el abandono de estos pacientes.

En esta línea, la OMS advierte acerca de los riesgos de cerrar hospitales psiquiátricos sin que estén las condiciones de sustitución del apoyo social, terapéutico y rehabilitador por estrategias integrales, humanizadas y solidarias: “(...) cerrar hospitales psiquiátricos sin alternativas comunitarias es tan peligroso como crear alternativa comunitarias sin cerrar hospitales psiquiátricos. Lo uno y lo otro deben de hacerse a un tiempo, de forma bien coordinada y gradual” (6) OMS: “Informe Sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas esperanzas”. Francia, 2001. El cierre de camas de crónicos y el alta del paciente sin destino rehabilitador sólido y estable es lo que se conoce como “deshospitalización”.

Los procesos de desinstitucionalización de enfermos asilares, al igual que el avance de las reformas psiquiátricas, ha sido muy heterogéneo complejo y controversial en el mundo entero, sin embargo se identifican elementos comunes. La misma OMS adjudica parte significativa de los fracasos observados, al pobre respaldo financiero desde los gobiernos a los programas comunitarios de rehabilitación, pese a que el cierre de camas de crónicos libera presupuestos suficientes para montar otro tipo de instancias y a que está probado que las nuevas modalidades comunitarias reducen costos. Otra causa está en que la mayoría de los países aún no desarrolla políticas nacionales y programas estatales de salud mental comunitaria, lo que debilita notablemente a las experiencias -voluntarista y aisladas- y no permite el desarrollo de redes sociales preparadas efectivamente para asumir el rol que el modelo les otorga- porque le resta apoyo político y administrativo-.

Debido a esto último, el proceso se ha impulsado de manera inorgánica, con una fuerte carga ideológica, más que condiciones materiales objetivas para su implementación eficaz. En muchas experiencias se ha traspasado la responsabilidad de una parte importante de la atención desde el sector sanitario público a otros sectores, sin una dotación adecuada de recursos o sin estudio de los costes y de la carga asociada desde la perspectiva de la comunidad que debe asumir estas cargas, procediendo al cierre de los servicios residenciales hospitalarios antes de la

implantación plena de una red comunitaria alternativa y suficientemente capacitada. (Guimón, J. 2001).

Sumado a esto, el problema se profundiza si consideramos la insuficiente preparación de los profesionales y equipos en el nuevo modelo, la superficial vinculación comunitaria de estas instancias y el desconocimiento, tanto de los trabajadores de la salud mental como de la ciudadanía, respecto de los alcances de esta perspectiva. El peso del estigma social del enfermo mental y la discriminación ha generado también fuertes respuestas sociales incluso dentro del propio sistema de salud, especialmente entre los trabajadores de las instituciones totales (en el sentido que otorga Goffman) que han significado un rechazo a la inserción de personas con discapacidad mental en la comunidad.

La experiencia en nuestro país no ha estado ajena a esta realidad y pese a que en experiencias locales de reforma y reconversión de hospitales psiquiátricos como Sanatorio El Peral y el Hospital de Iquique) se ha realizado una preparación de los pacientes para vivir fuera del asilo y se ha trabajado en el fortalecimiento de la red comunitaria para responder a las necesidades de cuidado, tratamiento y alojamiento de los desinstitucionalizados, se ha observado algún grado de reacción entre los sindicatos de trabajadores de la salud.

Esta actitud, más que un posicionamiento contrario ideológicamente a la humanización de la psiquiatría, se relaciona con lo que perciben como amenazas para la estabilidad laboral de sus miembros y como preocupaciones respecto de que tras la apertura de hogares y residencias protegidas existan pretensiones privatizadoras de la salud pública. Estas conjeturas se fundan legítimamente en la falta de definición expresa del modelo de atención en salud, que abre el debate en nuestro país respecto de temas cruciales como el futuro de la salud pública en un modelo neoliberal de desarrollo, el problema de la flexibilización laboral, los sueldos, la reforma de la salud, etc.

Ahora bien, estas actitudes, muchas veces no conscientes de los equipos, tienen su origen o explicación en razones estructurales como la inadecuada formación académica de los profesionales para atender la cronicidad fuera del hospital psiquiátrico, dada por currículos en las Facultades de Medicina que privilegian la enseñanza centrada en técnicas y tratamientos de corta duración.

Sumado a lo anterior, la comunidad suele no estar preparada para recibir a los externalizados y los discursos socialmente aceptados de no discriminación, integración comunitaria e inclusión social, se diluyen en la práctica al verse enfrentados a la diferencia, a veces expresada manifiestamente con comportamientos disruptivos y socialmente rechazados.

Casi todos los esfuerzos se dedican a cambiar los comportamientos de los propios pacientes y muy pocos a modificar las creencias y prejuicios de toda la sociedad, que muchas veces son reforzados y reproducidos desde la familia. El desarrollo de las agrupaciones de usuarios y familiar es ha sido marginal y la inclusión activa de estas agrupaciones a la red de salud está todavía en ciernes y se mantiene aún en el mundo de las ideas más que en la práctica, donde todavía se establece una relación asimétrica, en términos de recursos y competencias, con los equipos profesionales y técnicos de salud mental.

El enfoque comunitario debe ir más allá del modelo médico y su perspectiva lineal unidireccional daño – cura; junto con facilitar el ejercicio pleno de la clínica en el tratamiento eficiente de la enfermedad, se preocupa por el manejo de las secuelas y su rehabilitación con vistas a la reinserción socio familiar y laboral del sujeto, y a su integración social plena o normalización. Así mismo, elabora estrategias de prevención de las enfermedades mentales y de promoción y fomento de la salud mental en el nivel comunitario.

Para la concreción de los aspectos señalados, es indispensable realizar una reestructuración de los recursos en salud mental, sin embargo, la salida de pacientes desde los hospitales psiquiátricos no se ha acompañado de una transferencia de fondos equivalente y, a pesar de la reducción de camas, muchas veces los presupuestos de los hospitales psiquiátricos aumentaron.

La mayoría de los gobiernos han preferido utilizar la mayor parte de los recursos en los aspectos médico asistenciales de los trastornos agudos y/o en personas que padecen problemas de gravedad relativa para quienes hay tratamientos de mayor eficacia, provocando el abandono de los pacientes crónicos, que muchas veces son rechazados incluso por los equipos comunitarios, en razón de que les resultan frustrantes y les otorgan menos satisfacción profesional, siendo, no pocas veces devueltos a los hospitales psiquiátricos.

En este sentido, además de las estrategias de promoción en salud mental, y de la adecuada desinstitucionalización de los crónicos, la red asistencia y comunitaria debe abordar el problema de la falta de respuesta de los servicios psiquiátricos ante la nueva cronicidad, constituida por pacientes, en general jóvenes de comportamientos psicopáticos y que forman la primer a generación de personas con trastornos psiquiátricos graves que no han conocido la institucionalización pero están entrando y saliendo de las urgencias, pero sin tratamiento ni para ellos ni sus familias, y por ende, alejados de la comunidad.

Para la superación de esto, además la necesaria planificación en torno a decisiones políticamente establecidas, los equipos de psiquiatría comunitaria deben mantener un diálogo permanente con las instancias comunitarias y sociales con el fin no sólo de clarificar los alcances reales de la reforma psiquiátrica, sino también de invitarlos a incorporarse a plenitud en la misma y capacitarlos para ello, tanto en el sentido asistencial, de inclusión social y de agentes políticos que puedan informadamente canalizar sus demandas a las instancias de toma de decisiones en términos de política pública.

A pesar de los problemas expuestos, existe coincidencia en los equipos de salud, de que que no se trata de volver a las formas tradicionales de atención psiquiátrica, sino de de desarrollar las prácticas alternativas y/o complementarias a los aspectos biomédicos que considera el enfoque biopsicosocial. La desinstitucionalización no es cuestionada, pero claramente no es solución milagrosa al problema de la cronicidad en Psiquiatría, que se manifiesta fundamentalmente en patologías graves como la esquizofrenia. El cierre de los manicomios no implica la desaparición de la enfermedad mental ni asegura directamente la inclusión social de quien la padezca. Es necesario aceptar la cronicidad y la limitación de la eficacia rehabilitadora en ciertos casos. Sin embargo, la sola mejora en la calidad de vida, en un medio no hospitalario, parece emerger como un objetivo realista en un porcentaje importante de la población cronificada.

En la misma línea, consideramos factor determinante para el éxito de cualquier iniciativa que pretenda lograr tratamiento y rehabilitación de la patología psiquiátrica severa, el contar con una red de recursos comunitarios diversificados, que permitan responder a las necesidades múltiples de los diferentes grupos de pacientes que sufren trastornos psiquiátricos, ya sean éstos crónicos o agudos.

CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO. CONCEPTOS CLAVES.

En el capítulo anterior se presentaron en extenso los antecedentes – fundamentalmente socio históricos- que a nuestro juicio permiten entender y configurar la problemática central que pretende abordar esta investigación: a la tensión producida entre los postulados del modelo comunitario en el tratamiento de las patologías mentales y los principios del modelo de desarrollo imperante -que, contrario sensu, propugna el individualismo y el éxito personal como motor de la sociedad-.

La reflexión entonces es motivada por la precaria situación actual de los afectados por patologías mentales severas; la invariabilidad de su condición de marginalidad y exclusión social; la sobrecarga de la comunidad y los equipos de salud que no ha sido suficientemente preparados para enfrentar el rol requerido desde la estructura; y las “externalidades negativas” o problemáticas emergentes ligadas a la adopción del modelo salud mental y psiquiatría comunitaria como política pública de salud.

Como derivadas del lugar desde el que planteamos la reflexión, surgen los aspectos claves de la investigación, que serán presentados a continuación y que constituyen el marco teórico conceptual mediante el cual abordaremos la problemática presentada.

A saber: la concepción de la diada salud-enfermedad como proceso social; la esquizofrenia como la patología mental severa de mayor impacto, tanto biológico como social; Redes sociales y su rol en la integración o exclusión social -con sus representaciones de la enfermedad- y finalmente el aspecto normativo, referido a las políticas públicas en salud mental y la implementación parcial del modelo de rehabilitación con base comunitaria –especialmente en el componente comunitario de las prestaciones de salud-.

3.1.- Proceso Salud-Enfermedad e influencia en la Psiquiatría Comunitaria.

A finales de los sesenta, impulsada por la efervescencia social de la época y como resultado de la crisis social, política y económica imperante, surge una corriente de pensamiento médico-crítica que propugna el análisis del proceso salud-enfermedad como un hecho social, cuestionando el carácter puramente biológico de las patologías y la orientación biomédica de la práctica en salud.

La relación entre salud y enfermedad deja de concebirse entonces como fenómeno exclusivamente biológico e individual y se plantea como un proceso condicionado socialmente, que se concreta en seres históricos, en grupos que se relacionan entre sí y con la naturaleza y viven circunstancias históricas determinadas.

Esta concepción o principio es fundamental para comprender que el concepto de salud va más allá de la ausencia de enfermedades, como se plantea desde el modelo biomédico, y que es necesario situarlo en la discusión respecto de cómo se abordan los nuevos problemas, asumiendo la incapacidad del modelo biomédico de dar respuestas a las problemáticas ligadas a las llamadas enfermedades de la Civilización, vinculadas directamente a estilos de vida, que son a su vez determinados por múltiples factores socioeconómicos y culturales, que no responden necesaria o exclusivamente a lo orgánico.

En la definición de salud y la enfermedad intervienen factores subjetivos y objetivos, sociales e individuales, debido a lo cual no puede haber definiciones universales, absolutas, sino que se constituyen en determinada sociedad y más concretamente en cada grupo social y en su interpretación están presentes elementos ideológicos que responden a determinados intereses de clase que varían según circunstancias concretas en que surgen. (Raúl Rojas Soriano. Capitalismo y Enfermedad).

Desde esta postura, se entiende que el origen de los significados atribuidos a los conceptos de salud y enfermedad, se encuentran determinados por la forma en que se organiza la sociedad para producir y reproducirse, es decir por el modo de producción dominante y relaciones sociales que genera ese sistema productivo. Desde esta manera, es necesario superar la llamada "ideología médica", como cosmovisión hegemónica basada en el saber-poder del médico -quien impone una cierta forma de ejercicio de la práctica en salud, que ordena políticas, metodologías de acción y técnicas, organiza los recursos humanos y establece objetivos sanitarios-.

Para comprender la diada salud mental-enfermedad mental como proceso, hay que posicionarse desde la sociedad, ya que no responde a leyes naturales, ni se reduce a causalidades lineales o esquemas de tratamiento individual orientado a la cura de la enfermedad mental de un sujeto concreto, sino que es consecuencia de las relaciones sociales que se generan en un sistema productivo.

Asumiendo lo anterior, el objeto fundamental de la psiquiatría comunitaria es la interacción de lo biológico y lo social, en el entendimiento del comportamiento psíquico normal o saludable y del patológico.

Su objeto es la enfermedad mental y la salud mental; para cuyo abordaje debe incorporar complementariamente prestaciones de salud destinadas a tratar y curar las enfermedades en el nivel individual, pero también a la rehabilitación de los sujetos afectados por trastornos mentales agudos o crónicos, a la prevención del trastorno, a la promoción de la salud y al fortalecimiento del componente comunitario, participando activamente en la organización y gestión de los dispositivos sanitarios, en el diseño de planes, programas y políticas de salud mental.

Basados en esta conceptualización del modelo y las prácticas o prestaciones que de ella derivan, es posible reconocer algunas características de la psiquiatría comunitaria.

Debe reconocer el rol preponderante de la organización social, en la producción de enfermedad mental y los comportamientos perturbados. Este aspecto constituye el viraje epistemológico fundamental, ya que releva a un primer plano la existencia de determinantes contextuales en el proceso salud–enfermedad mental. Sin esta consideración no es posible aprehender integralmente su objeto de estudio. Del mismo modo, cualquier omisión en este plano hará fracasar todo intento de modificación del estado de salud de los grupos humanos, puesto que inducirá una inevitable fragmentación de los componentes multicausales de la enfermedad mental y de los factores que deben ser modificados para producir ese cambio (García, J., Espino, A., Lara, L. 1998)

Esta concepción historicista permite entender por qué una misma enfermedad puede tener cursos evolutivos radicalmente diferentes en correspondencia con las condiciones de vida de quienes la padecen. Favorece, por lo tanto, la focalización, selección y jerarquización de los esfuerzos promocionales, preventivos y/o reparativos, en consideración de los diversos factores que intervienen en la producción de determinado trastorno mental -según las características específicas del sujeto o los grupos poblacionales afectados, acorde a su realidad cultural particular y evaluando sus condiciones objetivas de acceso a salud, educación, bienestar material, etc., que le son propias a su situación social y de clase-.

Admite la posibilidad de intervenir en lo social desde la praxis psiquiátrica, hecho que posiciona al equipo de salud mental y a los agentes comunitarios en una condición de colectivo humano solidario, capaz de actuar sobre sus propias circunstancias.

Esto implica otro cambio drástico en la concepción de los equipos humanos que se mueven en este campo –ya no sólo profesionales y técnicos de la salud-, otorgando al concepto de participación un significado más allá de la mera colaboración o coordinación meramente formal. Se trata del concepto de “involvement”, que alude al “involucramiento” real y material de cada sujeto en cada una de las fases del proceso de transformación de la realidad social (y, por ende, de la salud y la salud mental), desde el estudio de las necesidades, al diseño de las estrategias de intervención, a la participación concreta en su desarrollo, hasta el análisis evaluativo, tanto del proceso mismo como de sus resultados. Esta forma de inclusión implica una posibilidad cierta de participación democrática, toda vez que ofrece la posibilidad de compartir horizontalmente el saber y el poder entre equipo de salud, usuarios, familias y comunidad organizada.

Crea e incorpora servicios de salud mental alternativos a los tradicionales, desplazando gradualmente aquellos que corresponden a la lógica asilar -en el sentido de la institución total de Goffman- y se dispone a recoger toda forma de organización comunitaria que esté validada por la historia, la cultura y el saber de cada grupo humano.

Releva a un plano trascendental rol de la intersubjetividad y las redes sociales en las que se materializa, resguardando que éstas no se burocraticen en simples estructuras de coordinación e intercambio formal de información. Por este camino es fácil encontrarse con una moderna forma de re-psiquiatrización de los enfermos mentales: la institucionalización de las redes de rehabilitación cuando son incapaces de impulsar cambios significativos en las realidades sociales.

Es interdisciplinaria en las dimensiones teórica y práctica. En la primera, dialoga con la psiquiatría clínica, transcultural, forense, con la epidemiología psiquiátrica, con las taxonomías, con la sociología, la psicología social y comunitaria, la antropología, las ciencias de administración en salud, la economía. En la segunda, al interior del equipo de salud mental implica la integración de los diferentes saberes -científicos y populares-, y entre las diversas profesiones que interactúan en el campo de la salud

mental: psiquiatría, medicina general, psicología clínica, social y comunitaria, terapia ocupacional, enfermería psiquiátrica, trabajo social, sociología, antropología, etc.

El abordar salud-enfermedad como proceso, en lo referido a salud mental, significa centrarse en la interacción de lo biológico y lo social en el psiquismo del hombre, pero desde una sociedad o comunidad determinada. Tiene como objetivo el estudio del significado de lo social en la génesis, manifestaciones y evolución del psiquismo del hombre sano o enfermo mental. Emplea los recursos de la ciencia y la técnica, las potencialidades de la población y las instituciones en la promoción de la Salud Mental, en la prevención y tratamiento de las enfermedades psiquiátricas y en la rehabilitación psicosocial del enfermo mental, dirigiendo sus acciones tanto al individuo como a la colectividad.

Al respecto, Barrientos, haciendo referencia a la necesaria superación del paradigma biomédico por parte de la psiquiatría, considera los cambios en la morbi-mortalidad, con las enfermedades emergentes y reemergentes y las llamadas enfermedades de la civilización, obligan a modificar el concepto de salud y enfermedad. El mejor conocimiento de posibles factores causales, el concepto de riesgo, así como de mecanismos de acción patógenos, sumado a las cada vez mayores posibilidades de intervención -tanto en la prevención, como en la curación y rehabilitación- van a determinar nuevas prácticas médicas donde el enfoque de calidad de vida, estilos de vida saludables, la participación de la comunidad en la protección de la salud, no restringen, sino por el contrario, amplían el campo de acción de las ciencias médicas (Barrientos. 2003).

3.2.- Esquizofrenia y Psiquiatría.

Desde una perspectiva sociológica, con una lógica proceso, podemos afirmar que en la Esquizofrenia convergen los aspectos sustantivos de la exclusión social I de la diferencia y representa el caso paradigmático los procesos sociales subyacentes a la historia de las psicosis –siendo abordadas desde todas las diversas miradas, tratamientos y modelos de rehabilitación que se han aplicado en psiquiatría y en general en las disciplinas de la salud mental (Huneus, 2005).

Los primeros relatos de lo que hoy designamos como Esquizofrenia, surgen en el año 1400 a.c en textos hindúes (Quiroga, en Muñoz 1992) y en el siglo II a.c. ya se cuenta

con descripciones de ideas delirantes, con intentos de comprensión de un fenómeno que ha estado presente desde el surgimiento de la historia.

Muchos siglos después, a partir de la difusión de las ideas de John Locke y el sensualismo de Condillac cambia el paradigma neurológico de la enfermedad mental – basado en el postulado cartesiano de las ideas innatas-. Adoptando la concepción de que la mente es una hoja en blanco (tabula rasa) en la cual se generan las ideas a partir de las sensaciones que provienen de los sentidos.

William Cullen, médico escocés que acuñó el concepto de neurosis (1710-1790), difundió esta interpretación en lo referido a las enfermedades mentales postulando que la locura (vesania) era una inusual y apresurada asociación de ideas que daba lugar a juicios equivocados sobre la realidad y, por consiguiente, a emociones desproporcionadas. Uno de sus discípulos, Thomas Arnold, elaboró sobre esta base una nueva taxonomía de la enfermedad mental, clasificándola en dos grandes grupos, aquellos que incluían delusiones, la “locura nocional” y los que presentaban alucinaciones, la “locura ideática”; ambas causadas por una errada relación entre las sensaciones y las ideas que se formaban a partir de ellas. Así, Arnold diferencia la “locura nocional”, entendida como la locura de las ideas, para separarla de las otras psicosis (Quiroga, 1992, p. 187).

En el siglo XIX, Esquirol realiza descripciones de un tipo de locura que se caracteriza por alucinaciones y monomanía, planteando que el aislamiento (hospitalización) como medida terapéutica para terminar con el delirio. principal manifestación del trastorno (Huneeus, 2005).

A inicios del siglo XX, una de las enfermedades que tuvo un mayor incremento en su prevalencia es la esquizofrenia. Al respecto, Shorter señala que “actualmente está claro que la esquizofrenia es una enfermedad del desarrollo del cerebro influenciada genéticamente, comenzando quizás en el útero o en un trauma de nacimiento dejando el cerebro del niño sin crecer adecuadamente, provocando desde los años de adolescencia una incapacidad para enfrentarse con las relaciones humanas, manejar el estrés normal de la vida u organizar sus pensamientos en forma exitosa”. Asimismo, la esquizofrenia vendría a ser “una mezcla de enfermedades, a veces con algo genético, otras veces no” (Shorter, 1997, Pág. 61).

José Manuel Cañamares (Cañamares et al., 2001), coincide con Shorter, en el sentido que la esquizofrenia –en consideración a que las distintas miradas y modelos consideran diversos síntomas o causas del trastorno-, ha llegado a ser “un cajón de sastre” donde cabe casi todo, lo que aquí denominaríamos “bolsillo de payaso”. Ello se debe a que, de todos los criterios o protocolos médicos utilizados para el diagnóstico, no hay ninguno que cumplan todas las personas con esquizofrenia (Cañamares, 2001, Pág. 57).

Lo anterior refrenda la necesidad de abordar la salud-enfermedad como proceso social. Es fundamental que al momento de evaluar el trastorno, se observe de qué manera éste se manifiesta en relación con el entorno (familia, amigos y redes sociales en general).

3.2.1.- De la Demencia Precoz a la Esquizofrenia.

En 1860 Morel ya se refiere a la Demencia Precoz, sin calificarla como una enfermedad específica, pero describiéndola como “una variedad de degeneración física, intelectual y moral” (Portuondo 1982, p. 19). Sin embargo, a partir del concepto de degeneración, plantea que esta condición mental podía afectar a una generación ser transmitida a la próxima en un grado cada vez mayor.

Esta teoría entregaba a los alienistas de la época una hipótesis genética racional o sustentada empíricamente, ya que la manifestación de esta “mancha” heredada y/o heredable no era sólo conductual, sino también física. Así, las malformaciones -muy comunes en quienes presentan la enfermedad- eran una señal o estigma del proceso de degeneración. Desde esta teoría, la esterilización era el único medio que permitía poner fin a esta cadena deteriorante (Huneus, 2005).

Posteriormente, Valentín Magnan (Huneus, 2005), psiquiatra francés, incorpora la teoría de la degeneración en la psiquiatría, ubicando el proceso de degeneración en el cerebro y separándola de la influencia moral y religiosa, lo que permitió ser aceptada por los científicos franceses, de fuerte orientación anti religiosa,

Hacia 1882, el descubrimiento del bacilo de Koch (tuberculosis) en Alemania, revolucionó la medicina general, situación que se trasladó a la psiquiatría. Como consecuencia, se enfatizó la búsqueda del origen patológico de los trastornos

mentales, homologándolos a enfermedades como la neumonía neumocócica y “otras producidas por agentes externos y nocivos” (Silva, 1993, p. 17).

Hacia 1896, Kraepelin, considerado como el fundador de la psiquiatría científica moderna, acuña el concepto de Demencia Precoz -para referirse a la esquizofrenia- fundamentalmente por sus características: “una enfermedad que afecta principalmente a sujetos jóvenes y que tiene un curso deteriorante” (Silva, 1993 p.18), poniendo mayor énfasis en el curso evolutivo que en el cuadro clínico. En efecto, al igual que Morel, plantea que la diversidad de las manifestaciones clínicas es muy grande y que no hay síntomas que se puedan considerar como característicos de la enfermedad, a pesar de que se preocupó por establecer una clasificación detallada, y de paso realizó una crítica a sus contemporáneos, al considerar su orientación “puramente sintomática y psicológica”, y que lleva a errores, debido a que es el modo de evolución del trastorno lo que puede establecer un diagnóstico. (Silva, 1993, p.. 33).

En su última versión de su tratado, califica a la demencia precoz como demencias endógenas, las que se originan por factores internos, y que finalizan en un disminución de las funciones cognitivas, y que generan detrimento en el contacto con el entorno y la voluntad.

Kraepelin adopta los hallazgos de Bayle (Silva, 1993), en torno a la parálisis general de etiología sifilítica. Este modelo le permite construir el concepto de enfermedad mental. Ello implica que por regla general debiesen tener un curso o características concordantes, por lo tanto, “un final idéntico y una anatomía patológica común” (Silva, 1993, p. 17).

La influencia de este autor es poderosa, en el sentido que trasciende al siglo XX, al introducir “una clasificación pragmática, orientada a la clínica y el pronóstico” (Huneeus, 2005, p. 59). Aunque su nosografía toma fundamentalmente aspectos del naturalismo, para abandonar lo meramente reflexivo de la psiquiatría, ello es consecuencia del estado generalizado de la psicología, la psiquiatría y la medicina general, que fueron ampliamente influenciadas por lo experimental y conductista. En este sentido, el material con el que se trabaja es aquél que se puede medir y observar, por ejemplo la anatomía patológica del cerebro (Silva, 1993). No obstante, su aporte al concepto de psicosis es indiscutible (Huneeus, 2005).

Kraepelin va afinando y agregando nuevas dimensiones a su concepto inicial de demencia precoz. Se incluye: demencia precoz simple (donde se observa un paulatino detrimento en las funciones intelectuales); depresiva -que puede ir de lo simple, como el retraimiento, a lo grave que se presenta con catatonía o bien delirio melancólico (Silva, 1993) pseudoperiódicas -con predominio en el sexo femenino y puede coincidir con etapas reproductivas: ciclo menstrual, post parto y climaterio- y demenciales -cuya principal característica es la alteración del curso formal del lenguaje- (Silva, 1993).

Este autor, las separa de otro grupo de grupo de trastornos, las parafrenias y que a diferencia de la demencia precoz, no presentan debilitamiento en la relación con el medio y la voluntad, sino que su común denominador son “los delirios marcados y el colorido paranoide (...) y que además se inician en la vida media” (Silva, 1993, p. 37).

A esta clasificación las denomina: parafrenia sistemática -que oscila entre la marcada melancolía o depresión a la exacerbación del carácter-; expansiva -caracterizada por un desarrollo paulatino de los síntomas y con características de marcado narcisismo-; confabulatoria -el sujeto se observa primero retraído y de mal humor, para posteriormente hacer referencia a situaciones en que es perseguido o querido perjudicar por otros- y la fantástica -los delirios y alucinaciones se muestran de modo incongruente, al tiempo que relata vidas o viajes a lugares fantásticos, esto último Kraepelin lo llama los pseudorrecuerdos- (Silva, 1993)

En 1906, Adolf Meyer médico Suizo impulsor de la miradas integradoras o eclécticas de los problemas mentales, sostuvo que la esquizofrenia no respondía a una enfermedad claramente determinada, sino que a la forma de reaccionar que tenían determinados individuos frente a ciertos conflictos o tensiones del medio ambiente, lo que les hacía retrotraerse por lo que sus “hábitos sociales se terminaban deteriorando”. (Portuondo, 1982 p. 20) Asimismo, sostuvo que no existía evidencia fisiológica o neuronal para sostener que tenía una base somática.

En 1911, Bleuler (Silva, 1993) supera el concepto de demencia precoz e identifica una patología con características propias, dándole el nombre de esquizofrenia o mente dividida -a pesar de que se refiere a la esquizofrenia como un conjunto de enfermedades-. Además describe el cuadro clínico, los grupos de síntomas y llega a la conclusión que se trata de un síndrome más que de una entidad nosológica.

Aunque Kraepelin y Bleuler son considerados representantes de la etapa clásica de la esquizofrenia, éste último plantea que el concepto demencia precoz hace sólo mención al trastorno y no a quien se encuentra afectado. Además, Bleuler plantea que el inicio no necesariamente es en sujetos jóvenes, sino que se puede detectar en personas de más edad. Por ende, opta por el término esquizofrenia, estableciendo un común denominador: la división de las funciones psíquicas, las que estarían centradas en “la alteración del pensamiento, los sentimientos y la alteración con el mundo exterior, que en ninguna otra parte aparece bajo esta forma particular” (Silva, 1993, p. 41).

Por otro lado, identifica las características que han de estar siempre presentes en la esquizofrenia, denominándolos síntomas fundamentales (Silva, 1993), y que son los relacionados a la asociación -trastorno del curso del pensamiento, el que se torna inconexo, extraño o aislado-; la afectividad -que en los casos considerados menos graves se caracteriza por la apatía y en los más graves, los sujetos no son capaces de manifestar sus sentimientos o estos no se condicen con la situación que es vivida, por ejemplo ante una noticia trágica que les afecte, se muestran indiferentes-; la ambivalencia -la conducta de la persona con esquizofrenia puede ser al mismo tiempo indiferente o en extremo afectivo- y el autismo -se caracteriza por el alejamiento del mundo exterior y sus relaciones, dando hincapié a su mundo interno-.

Para Bleuler este aspecto sólo se hace evidente tras una larga y acuciosa evaluación del sujeto (Silva, 1993). Respecto de los síntomas accesorios, estos los agrupa en: “ideas delirantes y alucinaciones, las alteraciones del lenguaje y de la escritura, los síntomas somáticos y catatónicos y los síntomas agudos” (Silva, 1993, p. 45).

En este sentido, habla de los cuatro subgrupos de la esquizofrenia, según la periodicidad de los síntomas, y que se dividen en paranoide -que aparecen de modo repentino, y en el que el sujeto refiere las acciones del entorno siempre en función de él, e influenciado por fuerzas externas-; la catatonía -el inicio puede ir acompañado de estupor o bien con características paranoides, para luego pasar al estupor- ; la hebefrenia -que a diferencia de Kraepelin que la caracteriza por los síntomas pueriles, en ésta se refiere a la predisposición al “deterioro y la demencia”- (www.psiquiatria.com) y la simple -con un marcado detrimento de las relaciones con el entorno y en las capacidades cognitivas o de procesamiento mental, lo que les lleva a la pérdida del interés por las cosas, y por ello, en la paulatina aparición de la demencia- (Silva, 1993).

En líneas generales, Bleuler establece la diferencia entre los síntomas fundamentales y los accesorios, los que se presentan ya sea en todo o parte del curso del trastorno y primarios y secundarios, los primeros se relacionan a la patología y lo segundo responden a lo psíquico (Shorter, 1997). Pero esto último, señala, no explicaría por sí sola la sintomatología, ya que en la esquizofrenia existiría una predisposición cerebral, y es característico de los sujetos paranoides (Silva, 1993).

En lo que respecta a Kraepelin, su propia clasificación de las enfermedades daría paso, posteriormente, al Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders o DSM, cuya primera versión se daría a conocer en los primeros años de la década del cincuenta (Shorter, 1997)

3.2.2.- Corriente fenomenológica y el Abordaje Comprehensivo de la Esquizofrenia.

En 1913 aparece la Psicopatología General de Karl Jaspers (Silva, 1993), que marca un hito en el estudio de la esquizofrenia. Jaspers instaura una mirada que va más allá del positivismo en el estudio de los trastornos mentales, intentando “aprehender el síntoma psíquico en su conjunto, como un hecho en sí mismo, susceptible de aprehensión en sus rasgos formales (fenomenología) y en su dotación o no de sentido (comprensibilidad o incomprensibilidad)” (Silva, 1993, p. 19).

Las observaciones de Jaspers, tienen su base epistemológica en Brentano, Husserl y Dilthey, promoviendo el método comprensivo, que no busca las causas sino el sentido de lo observado. Producto de ello, estudia a distintos pacientes, de manera rigurosa, dando cuenta de sus historias de vida y de qué manera vivenciaban sus propios síntomas. Como resultado, Jaspers aporta con el llamado método biográfico, de gran aplicación en la psiquiatría actual (www.wikipedia.org).

Respecto de la esquizofrenia, planteaba que los psiquiatras no debían reflexionar en torno al contenido de la creencia del delirio, sino que al modo como la persona lo defendía, es decir por su forma (Silva, 1993). Sus investigaciones, motivadas por su descontento en relación con la postura biomédica lo impulsó a cuestionar tanto del “criterio de diagnóstico como los métodos clínicos de la psiquiatría” (www.wikipedia.org). En su obra, citada en párrafos anteriores, se cuestionaba si la

paranoia era una “faceta de la personalidad o el resultado de cambios biológicos” (www.wikipedia.org).

Es así como Jaspers ofrece una nueva división de los síntomas psíquicos, a los que divide en primarios y secundarios, los que se clasifican a su vez en comprensibles e incomprensibles. A los primarios los definió como “autóctonos, es decir, que aparecen sin una causa aparente, siendo incomprensibles en términos de un proceso mental normal”. En este sentido, no tendrían una lógica entendible que respalde su inicio o formación (www.wikipedia.org) y se relacionan al proceso morboso que le da origen. Los delirios secundarios, por su parte, se refieren a la personalidad o antecedentes del sujeto con esquizofrenia (Silva, 1993).

En 1939, Langfeldt (Silva, 1993) diferencia entre proceso esquizofrénico, que según él tiene un inicio temprano, gran desorganización mental y un curso irremisible hacia el deterioro; y la reacción esquizofrénica que consiste en un cuadro menos severo, con una personalidad premórbida más adecuada, mejor ajuste social y laboral y capaz de remitir parcial o totalmente sin conducir a un deterioro progresivo (Silva, 1993).

3.2.3.- Paradigma Biomédico. Camino al DSM IV y CIE 10,

A continuación una referencia a los manuales de clasificación de los trastornos psiquiátricos más utilizados en salud mental, y en cuyas categorizaciones se apoyan o justifican la mayor parte de los diagnósticos en salud pública.

En 1948, el Comité de nomenclatura de la Asociación de Psiquiatría Americana, comienza la redacción de una nueva clasificación de los trastornos mentales, cuya primera versión posteriormente se le llamó DSM I. El mencionado comité estaba altamente dominado por el psicoanálisis estadounidense, tanto por sus categorizaciones como por el lenguaje utilizado (Shorter, 1997)

Hacia 1952, ya estaba editado el DSM I (Manual Diagnóstico Estadístico), que clasifica como reacciones esquizofrénicas, los siguientes tipos: simple, tipo hebefrénico, catatónico, paranoide, agudo indiferenciado, crónico indiferenciado, esquizo-afectivo, infantil y residual. En ediciones posteriores, se incluye el de tipo desorganizado.

No obstante, para la edición del DSM III, la psiquiatría americana hizo su retorno al modelo médico respecto del diagnóstico lo que tuvo como resultado la vuelta a la

campo de lo científico y positivista y la identificación ya de 297 trastornos, incluyendo la anorexia nerviosa, que era desconocida en culturas no occidentales (Shorter, 1997).

En el DSM IV, da cuenta de los siguientes criterios para el diagnóstico de la Esquizofrenia:

Síntomas característicos: Dos o más de los siguientes, cada uno de ellos en un periodo de un mes o antes si ha sido tratado con éxito.

- Ideas delirantes.
- Alucinaciones.
- Lenguaje desorganizado.
- Comportamiento catatónico o desorganizado.
- Síntomas negativos, por ejemplo aplanamiento afectivo o abulia.
- Disfunción social/ laboral: Al inicio del tratamiento, una de estas áreas se encuentra deficitaria en relación ha como se encontraban al comienzo de la enfermedad.
- Duración: Si persisten signos continuos de alteración al menos durante seis meses, y que al menos deben contener un mes de síntomas señalados en el punto 1 y puede presentar síntomas prodrómicos y residuales, y que se manifiestan por síntomas negativos o por dos síntomas del criterio uno.
- Exclusión de los trastornos esquizoafectivo o del ánimo: Se descartan dentro del cuadro, pues no ha existido un cuadro depresivo mayor, maniaco o mixto en la fase activa; o si los episodios de alteración del ánimo aparecen en la fase activa y su duración ha sido breve respecto de la duración de los periodos activo y residual.
- Exclusión de sustancias y enfermedad médica: El trastorno no tiene directa relación, por ejemplo con la ingesta excesiva de drogas o alcohol.
- Relación con el trastorno generalizado del desarrollo: Si hay antecedentes de autismo o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico de Esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o alucinaciones se mantienen al menos un mes o menos si se ha tratado con éxito.

Según los criterios diagnósticos planteados por el CIE 10, categorización validada por la Organización Mundial de la Salud, OMS, este trastorno se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las

emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. (www.psicoadictiva.com)

Ciertos fenómenos psicopatológicos tienen una significación especial para el diagnóstico de esquizofrenia, los cuales suelen presentarse asociados entre sí. Estos son:

- a) Inserción del pensamiento o difusión del mismo.
- b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretas y percepción delirante.
- c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.
- d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos, por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos.
- e) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.
- f) Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.
- g) Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cérica, negativismo, mutismo, estupor.
- h) Síntomas "negativos" tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Debe quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroléptica.
- i) Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social. (www.psicoadictiva.com)

Lo relevante de esta revisión está en que nos permite reafirmar la importancia de lo social y el peso de las convenciones que se establecen para la definición de las patologías, que pueden alejarse de criterios científicos. Esto se evidencia más aun en

la salud mental, que ha sido utilizada como excusa para recluir grupos humanos o silenciar a la diferencia.

En efecto, en este momento se ha abierto un gran polémica por la publicación del DSM-V, al nivel que el psiquiatra Allen J. Frances, editor del DSM-IV, planteó sus críticas en la publicación *Psychology Today* refiriendo: “Es el momento más triste de mis 45 años de carrera estudiando, practicando y enseñando psiquiatría. Se aprobó un DSM-V muy defectuoso al incluir cambios sin fundamentos científicos”.

El DSM se creó con el objetivo de disponer de un sistema de clasificación de las enfermedades mentales, por lo que tiene un gran poder, al definir el concepto de normalidad en salud mental y entregar herramientas universalmente aceptadas para definir si una persona padece de alguna patología psiquiátrica.

Pese a lo anterior, y como hemos podido constatar al revisar la evolución histórica de la psiquiatría, no existe una única y consensual de lo que es enfermedad mental lo que provoca una ambigüedad en el límite de la enfermedad y la normalidad y permite que las modificaciones en las patologías consignadas en el manual respondan a intereses específicos (no necesariamente mal intencionados) de la comunidad científica (el términos Kuhnianos) más que a aspectos puramente científicos.

En parte por esto podemos entender que, desde el DSM-I al DSM-IV los trastornos de salud mental aumentaron de 106 a 357, no sólo por ejercicios más rigurosos de clasificación de las patologías mentales, sino también por la invención de nuevas enfermedades y la restricción de los límites de la normalidad. Así, por ejemplo, en el DSM-V se establece que quienes viven un duelo, padecen una depresión. Esta orientación conlleva un gran riesgo, por un lado vinculado a la posibilidad de desprestigio de la psiquiatría, que no es el único, pero si un actor fundamental en el tratamiento de los trastornos mentales y por otro lado, por lo complejo que es considerar anormales a las emociones humanas y creer que existe una concepción unívoca y homogénea de la normalidad.

Al respecto podemos citar al psiquiatra Allan V. Horwitz (*Creating Mental Illness*): “las personas se deprimen, se angustian, o desarrollan síntomas psicósomáticos al enfrentas eventos estresantes de la vida diaria....No tienen una disfunción interna ni un trastorno de salud mental, si sus síntomas desaparecen cuando sus circunstancias cambian”.

3.3.- Representaciones Sociales

Una de las teorías consideradas como clásicas en sociología y psicología social es la de las representaciones sociales. Las representaciones sociales son un fenómeno complejo de composición plurisémica, que integra y recoge otros conceptos más restringidos y, al decir de Jodelet, se ubica en la encrucijada entre la Sociología y la Psicología, donde confluyen nociones de origen sociológico como la cultura y la ideología y nociones de procedencia psicológica como la imagen y el pensamiento.

Sus antecedentes se encuentran en la psicología social Francesa, en la década de los sesenta, con el trabajo de Serge Moscovici, que retoma el concepto de representaciones colectivas de Durkheim, imprimiéndole un componente psicológico que dinamizó –en términos de incorporación de la posibilidad de cambio- el concepto de Durkheimiano y estableció la importancia de generar una teoría centrada en el componente social de los procesos de carácter colectivo.

La teoría de las Representaciones Sociales ofrece un marco explicativo respecto de los comportamientos de las personas, que no se agota en las circunstancias particulares de la interacción, sino que trasciende al marco cultural y a las estructuras sociales más amplias como, por ejemplo, las estructuras de poder y de subordinación. Están enmarcadas dentro de las relaciones entre el pensamiento y la comunicación de éste y trata de analizar los modelos de transmisión de conocimientos existentes y de determinar si hay uno o más de estos modelos de acuerdo al tipo de conocimiento, ya sean ontológico v/s epistemológicos o Científico v/s de sentido Común.

De esta manera, el enfocar el presente estudio desde las representaciones sociales de la Esquizofrenia, nos permitirá identificar los modos y procesos de constitución del pensamiento social, por medio del cual las personas construyen y son construidas por la “realidad social” respecto a la patología. Pero además, nos aproxima a la “visión de mundo” que las personas o grupos tienen respecto de este trastorno, pues el conocimiento del sentido común es el que la gente utiliza para actuar o tomar posición ante los distintos objetos sociales, incluidos los trastornos mentales. Se trata, por tanto de entender la dinámica de las interacciones sociales e identificar los determinantes de las prácticas sociales, pues la representación, el discurso y la práctica se generan mutuamente.

3.3.1.- Surgimiento del Concepto

Durkheim desarrolló la idea de conciencia colectiva, para abordar el fenómeno de la moralidad común, describiéndola como “El conjunto de creencias y sentimientos comunes al término medio del conjunto de una misma sociedad, forma un sistema determinado que tiene vida propia: podemos llamarlo conciencia colectiva o común....Es, pues, algo completamente distinto a las conciencias particulares aunque sólo se realice en los individuos” (Citado en Rietzer pag. 235).

De esta manera, tenemos que cada sociedad o grupo social a interior de ésta, genera su propio sistema cultural independiente, planteando claramente el concepto de autoproducción humana de la sociedad y de su estructura social. Sin embargo, a partir de su interés por el utilitarismo y el individualismo, Durkheim se orientó a identificar la manera en que la estructura social influía en las prácticas cotidianas de los sujetos, más que profundizar en la generación de la estructura social a partir de las “Conciencias Individuales”.

Un elemento central para el autor es la articulación de lo económico y lo simbólico, exponiendo la noción de conciencia colectiva en su obra “La División del Trabajo Social”, donde plantea, a grandes rasgos, que las creencias morales de la sociedad cambian de acuerdo a los estados que atraviesa respecto a la división social del trabajo. Así, las sociedades tradicionales con una baja división social del trabajo se caracterizan por el predominio de la solidaridad mecánica, en la que los sentimientos morales se encuentran profundamente enraizados e incuestionables. Por otra parte, en las sociedades con un alto grado de desarrollo de la división del trabajo, en las que existe una especialización de la actividad económica, fomentando el desarrollo de actitudes y capacidades individuales -de las que no participa toda la sociedad- existe predominantemente lo que Durkheim denomina Solidaridad Orgánica, en la que no existe necesariamente una identificación del individuo con toda la sociedad, por lo que el peso de la conciencia colectiva sobre la individual disminuye, surgiendo la expresión de individualismo moral.

Sin embargo, la noción de conciencia colectiva adolece de imprecisión a la hora de identificar los fenómenos que abarca, por lo que Durkheim acuña el concepto de representaciones colectivas, para hacer referencia explícita a las normas y valores de entidades específicas como la Familia, el Estado, los Mitos o las Religiones.

De esta manera, logró conceptualizar fenómenos sociales de forma más precisa, sin reducirlos a la conciencia individual. Las representaciones colectivas trascienden al individuo y no dependen de éste en cuanto persona independiente. Es más, a partir de las representaciones colectivas, se construyen las diversas representaciones individuales y son las primeras las que dotan de fijación y objetividad a las segundas. Las representaciones colectivas, según Durkheim se imponen a las personas con una fuerza constrictiva, ya que parecen poseer ante sus ojos, la misma objetividad que las cosas naturales. Por lo tanto, los hechos sociales —por ejemplo, la religión— se consideran independientes y externos a las personas, quienes, en esta concepción, son un reflejo pasivo de la sociedad (Araya, 2002). Frente a la estabilidad de transmisión y reproducción que caracteriza a las representaciones colectivas, las representaciones individuales serían variables e inestables o, si se prefiere, en tanto que versiones personales de la objetividad colectiva, sujetas a todas las influencias externas e internas que afectan al individuo.

La teoría de las representaciones colectivas fue profundizada por Serge Moscovici, psicólogo social francés, nacido en Rumania, que se desempeñó como Director del Laboratorio Europeo de Psicología Social. A diferencia de Durkheim, Moscovici plantea que la sociedad no es algo que se impone desde fuera de los sujetos, sino que son los mismos sujetos quienes construyen su representación, mediante la interacción. De lo anterior se desprende que, en la búsqueda del conocimiento social, es imprescindible mencionar que éste, de acuerdo a la teoría de las representaciones sociales, no es solo información, sino un sistema de creencias y prácticas sociales compartidas, en donde hay que considerar que la realidad es relativa al contexto cultural y el lugar que se ocupe en la sociedad (Ibáñez, 1988).

Moscovici estudió cómo las personas construyen y son construidas por la realidad social y a partir de sus elaboraciones propuso una teoría cuyo objeto de estudio es el conocimiento del sentido común, enfocado desde una doble vía: desde su producción en el plano social e intelectual y como forma de construcción social de la realidad (Banchs, 1988 en Araya 2002). En su trabajo teórico, Moscovici introduce la noción de representación social incorporando la base teórica de los estudios de Berger y Luckmann respecto de la importancia de la visión de mundo de una sociedad en la percepción de la realidad.

Según Moscovici, en la vida cotidiana, las personas comunican su pensamiento, sentimientos, conocimientos y experiencias a través de las representaciones sociales,

que tienen la función de familiarizar a los individuos con los aspectos extraños o desconocidos para determinado grupo, de acuerdo a las categorías establecidas en la cultura de pertenencia.

De esta manera, las personas conocen la realidad que les circunda mediante explicaciones que extraen de los procesos de comunicación y del pensamiento social. Las representaciones sociales sintetizan dichas explicaciones y en consecuencia, hacen referencia a un tipo específico de conocimiento que juega un papel crucial sobre cómo la gente piensa y organiza su vida cotidiana: el conocimiento del sentido común. (Araya, 2002)

Las representaciones sociales constituyen sistemas cognitivos en los que es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa. Se constituyen, a su vez, como sistemas de códigos, valores, lógicas clasificatorias, principios interpretativos y orientadores de las prácticas, que definen la llamada conciencia colectiva, la cual se rige con fuerza normativa en tanto instituye los límites y las posibilidades de la forma del ser humano de actuar en el mundo.

3.3.2.- La Realidad Social.

La construcción social de la realidad es una idea central de la sociología y dentro de los fundadores ésta, fue Durkheim quien más la desarrolló. Posteriormente Schutz “sociologiza” los aportes filosóficos de la fenomenología de Husserl y desarrolla su teoría de la importancia de los significados sociales (Ritzer, 1997)

Como expusimos anteriormente, Durkheim puso su foco en la forma en la que la estructura social determina la forma individual de percibir el mundo. A diferencia de este determinismo sociológico de Durkheim, que asume una suerte de imposición insoslayable de las representaciones colectivas por sobre las individuales, según Moscovici, la sociedad no es algo que se le impone desde fuera al individuo, los hechos sociales no determinan las representaciones como una fuerza externa (social) que determine a los individuos que la componen. La sociedad, los individuos y las representaciones son construcciones sociales.

Resumiendo, mientras que las representaciones colectivas, de acuerdo con la concepción clásica de Durkheim, son un término explicativo que designa una clase

general de conocimientos y creencias (ciencia, mitos, religión, etc.), desde nuestro punto de vista, son fenómenos ligados con una manera especial de adquirir y comunicar conocimientos, una manera que crea la realidad y el sentido común. Enfatizar esta diferencia fue mi propósito al sustituir el “colectiva” de Durkheim por “social”... Las representaciones colectivas han cedido el lugar a las representaciones sociales. Vemos fácilmente porqué. De un lado hacía falta tomar en cuenta una diversidad de origen, tanto en los individuos como en los grupos. Del otro lado, era necesario desplazar el acento hacia la comunicación que permite converger sentimientos e individuos, de suerte que algo individual puede devenir social, o viceversa. Al reconocer que las representaciones son al mismo tiempo generadas y adquiridas, le quitamos ese lado preestablecido, estático que ellas tenían en la visión clásica. Lo que cuenta no son los substratos sino las interacciones. De allí la observación enteramente exacta acerca de que lo que permite calificar de sociales las representaciones, es menos sus soportes individuales o grupales que el hecho de que ellas sean elaboradas en el curso del proceso de intercambios (Moscovici, cfr. Banchs, 2000:8-9). (Araya 2002).

En la misma línea, Peter Berger –Teólogo y sociólogo estadounidense- y Thomas Luckmann -sociólogo alemán dedicado a la sociología de la comunicación, del conocimiento, de la religión, y filosofía de la ciencia-, quienes son abordados y relevados por Moscovici en su teorización, señalan que la construcción social hace referencia a “la tendencia fenomenológica de las personas a considerar los procesos subjetivos como realidades objetivas. Las personas aprehenden la vida cotidiana como una realidad ordenada, es decir, las personas perciben la realidad como independiente de su propia aprehensión, apareciendo ante ellas objetivada y como algo que se les impone.” (En Araya, S. 2002, p 13).

El supuesto fundamental detrás de este desarrollo teórico es que la realidad se construye en la vida cotidiana y la sociología del conocimiento debe estudiar los procesos por medio de los cuales se genera el conocimiento.

Para los autores, la vida cotidiana y su realidad es una construcción intersubjetiva, que precisa de procesos e interacciones, mediante las cuales las personas experimentan y construyen significados, que luego pasan a ser compartidos por la comunidad. Es decir, cualquier actividad humana “esta sujeta a habituación. Todo acto que se repite con frecuencia crea una pauta que luego puede reproducirse con economía de

esfuerzos y que ipso facto puede ser aprendida como pauta por quien la ejecuta” (Berger y Luckman, 1989. p. 74).

El trabajo de Berger y Luckmann aporta elementos fundamentales a la propuesta teórica de Moscovici:

- El carácter generativo y constructivo que tiene el conocimiento en la vida cotidiana, que es producido de forma inmanente en relación con los objetos sociales que conocemos.
- Que la naturaleza de esa generación y construcción es social, toda vez que es mediada por la comunicación y la interacción entre individuos, grupos e instituciones.
- La importancia del lenguaje y la comunicación como mecanismos en los que se transmite y crea la realidad, por una parte, y como marco en que la realidad adquiere sentido, por otra (Araya 2002 p 25).

Estos aspectos contribuyeron de manera significativa en la teoría de las Representaciones Sociales considerando seriamente el carácter productor, más que reproductor de los significados de la vida social es un elemento claramente visible en la teoría.

El objetivo de la teoría de las representaciones sociales es entender los modos de conocimiento y los procesos simbólicos en relación a la conducta (Araya, 1999).

Es necesario destacar que las representaciones sociales, enfatizan aspectos simbólicos y de la actividad interpretativa, no obstante, esta teoría no admite el reduccionismo de la realidad basándose en la interpretación.

Otra de la autoras que se ha dedicado al estudio de las representaciones sociales es Denise Jodelet, licenciada en Filosofía, doctora de Estado en Ciencias Sociales con estudios de profundización en Psicología Social y directora del laboratorio de Psicología Social de la Escuela de Altos Estudios de Ciencias Sociales de París. Para Jodelet (1986) las representaciones sociales constituyen un tipo de conocimiento generado socialmente y compartido. Lo que en palabras de la autora, significa que en el proceso de elaboración de éstos se consideraron las experiencias personales y colectivas, y las tradiciones e informaciones heredadas desde antaño. Este autor hace hincapié en la vinculación de las representaciones sociales al conocimiento ontológico.

De acuerdo a esto, *(las representaciones sociales son)... la manera en que nosotros sujetos sociales, aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas de nuestro entorno próximo o lejano. En pocas palabras el conocimiento “espontáneo”, ingenuo (...) que habitualmente se denomina conocimiento de sentido común o bien pensamiento natural por oposición al pensamiento científico. Este conocimiento se constituye a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social. De este modo, ese conocimiento es en muchos aspectos un conocimiento socialmente elaborado y compartido. Bajo sus múltiples aspectos intenta dominar esencialmente nuestro entorno, comprender y explicar los hechos e ideas que pueblan nuestro universo de vida o que surgen en él, actuar sobre y con otras personas, situarnos respecto a ellas, responder a las preguntas que nos plantea el mundo, saber lo que significan los descubrimientos de la ciencia y el devenir histórico para la conducta de nuestra vida, etc. (Araya, 2002. P 26).*

De esta manera, lo que preocupa a Jodelet es la necesidad de dar cuenta de los procesos sociales, de integrar lo psicológico dentro del conjunto de la vida social.

Siguiendo esta línea de argumentación, las representaciones sociales no son solo teoría sino que implican una praxis, permitiendo entender y explicar los hechos e ideas que pueblan el universo y situarnos en él, a modo de un marco referencial indispensable para la vida en determinada sociedad o comunidad.

Desde esta perspectiva, la construcción de la realidad y del conocimiento se realiza intersubjetivamente y la realidad existe en la medida que interactuamos con otros, desde el lenguaje, en el sentido de estructura social que Giddens imprime a la lengua (estructura) v/s el habla (Acción e Interacción). “El Habla está ‘situada’, o espacial y temporalmente localizada mientras que la lengua.....es virtual y está fuera del tiempo. El habla presupone un sujeto, mientras que la lengua es específicamente carente de sujeto –si bien de hecho no existe si no en cuanto es ‘conocida’ y producida por sus hablantes” (Giddens, 1997).

Todo acto de conocimiento, es en si mismo un acto del lenguajear, que implica la creación de estructura. De lo anterior podemos decir que la cultura solo es posible en

la medida que hay un consenso relacional de los actores sociales, por medio del consenso conductual del lenguaje (Maturana, H. 1987)

Si la cultura es construcción mediatizada por el lenguaje, esto implica que la realidad surge en el lenguaje, y que este solo es posible en el contacto con los otros, por tanto, es imposible pensar una categorización sin pensar en el haberse puesto de acuerdo. Desde este punto de vista, la realidad, no existe independiente de quien observa, por lo tanto la “verdad” y la “objetividad” debe ser puesta entre paréntesis, pues es solo objetivo para quien observa (Maturana, H. 1987).

La identificación de diferentes categorías sociales y la adscripción de determinadas personas a estos grupos, constituyen fuentes que determinan la elaboración individual de la realidad social, lo que genera visiones compartidas de ésta e interpretaciones similares de los fenómenos observados o experimentados. La realidad de la vida cotidiana, se presenta como una construcción intersubjetiva y la generación de este mundo compartido presupone la realización de procesos de interacción y comunicación mediante los cuales las personas comparten y experimentan a los otros.

Así, los elementos básicos en la construcción de la realidad social son influidos por el medio cultural en que viven las personas, el lugar que ocupan en la estructura social, y las experiencias concretas que enfrentan a diario, lo que genera una identidad social y modela la forma en que perciben la realidad social.

Desde esta perspectiva, la “realidad” está parcialmente determinada por la percepción de la misma y se concibe la realidad para quienes comparten un sistema de significados. En cierta medida, la realidad pasa a ser el resultado —o el producto— de la construcción subjetiva que realizan las personas. Según esta posición, no existen diferentes realidades porque existan diferentes maneras de tratar la misma realidad objetiva, sino que existen diferentes realidades porque la propia realidad incorpora en sí misma, y como parte constitutiva de sí misma, una serie de características que provienen de la actividad desarrollada por las personas en el proceso que les lleva a formar su propia visión de la realidad. Araya, 2002).

Por lo anterior, es indispensable identificar el contexto social en el cual interactúan los individuos que elaboran las representaciones sociales con las que dan sentido a sus vivencias, pues se busca detectar la ideología, las normas y los valores que las personas e instituciones y los grupos de pertenencia y referencia. Así, lo que se busca

es entender en qué medida sus contenidos reflejan los substratos culturales de una sociedad, de un momento histórico y de una posición dentro de la estructura social (Araya, 2002).

Por su parte, Moscovici pone el énfasis en lo colectivo y en la comprensión de la realidad social a partir de su construcción social, ya que no existe un solo sujeto interviniente, sino varios a los que el autor les llama Alter, que además de relacionarse estrechamente entre ellos, interactúan sistemáticamente con el objeto social. Así se supera el esquema diádico tradicional, donde sólo sujeto y objeto interactúan, para pasar a un esquema triádico donde todos los sujetos también interactúan e inciden en la relación sujeto-objeto.

En esta concepción se comprende el conocimiento como fenómeno o fenómenos complejos que se generan en circunstancias y dinámicas de diversa índole y cuya construcción está multideterminada por relaciones sociales y culturales.

En la construcción de la realidad social las personas se comunican significados comunes generando percepciones compartidas de lo observado reafirmando sus puntos de vista y opiniones respecto a los fenómenos sociales elaborando una suerte de Filosofía –en el sentido de visión de mundo- que tiene una influencia decisiva sobre sus formas de abordar la toma de decisiones en la vida cotidiana.

En este sentido, la teoría de las representaciones sociales enfatiza la importancia de los significados, el papel de los aspectos simbólicos y la actividad interpretativa de las personas, sin embargo, esto no implica que la construcción de la realidad pueda resumirse a su interpretación. Desde la teoría de las representaciones sociales, la realidad social impone a su vez las condiciones de su interpretación por los sujetos, sin que ello implique un determinismo estricto. Esto significa que las matrices socio estructurales y los entramados materiales en los que están inmersas las personas definen su lectura de la realidad social, sus claves interpretativas e imprimen en su visión de la realidad una serie de condicionantes que reflejan sus inserciones en la trama socioeconómica y en el tejido relacional.

Todos estos aspectos de la teoría de las representaciones sociales, nos permitirán realizar un acercamiento a los discursos de las familias y cercanos de los pacientes, que nos orientará respecto de si la “construcción social de la realidad” respecto de la esquizofrenia y el sistema de creencias o visiones de mundo que se estructuran bajo

las representaciones sociales, determinan la forma de actuar de las redes sociales primarias de quienes padecen el trastorno, reafirmando una concepción o percepción de éste, basado en un modelo discriminatorio y reproductor del estigma del esquizofrénico, lo que dificulta su integración sociolaboral y plantean una interrogante en cuanto al verdadero rol de “Apoyo Social” de la familia y la red social primaria de los afectados por este trastorno.

3.3.3.- Características de las Representaciones Sociales.

Debido a la gran cantidad de fenómenos sociales abarcados por la teoría de representaciones sociales, existen distintas definiciones para el concepto, dependiendo de los énfasis asumidos por los distintos autores

Para Moscovici, la misión de las representaciones sociales, es describir, clasificar y por último explicar la realidad. Sostiene que para que una cognición social –entendida como las percepciones del individuo, la manera en que éste analiza la información sobre otros, los caracteriza y hace inferencia sobre sus estados psicológicos internos- sea una representación es necesario que pase del plano individual al colectivo, luego se deberá acabar con la separación entre los procesos y los contenidos, y finalmente revertir el rol del laboratorio y observación.

Desde esta perspectiva, las representaciones sociales son *“(...) una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos... La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación”* (Moscovici, 1979:17-18 en Araya 2002. P 27).

El acento de Moscovici al definir las representaciones sociales está puesto en la función de las mismas y en su contribución al proceso de formación de las conductas y de orientación de las comunicaciones sociales. más que en el agente que la produce.

Las representaciones son sociales en la medida en que facilitan la producción de ciertos procesos claramente sociales. Las comunicaciones sociales, por ejemplo, serían difícilmente posibles si no se desarrollaran en el contexto de una serie, suficientemente amplia, de representaciones compartidas. En la medida en que crean

una visión compartida de la realidad y un marco referencial común, las representaciones sociales posibilitan, entre otros muchos procesos sociales, el proceso de las conversaciones cotidianas. (Araya, 2002)

Así, la teoría de las representaciones sociales, podría ser caracterizada, como el modo de producción cognitiva que corresponde a una persona y grupo, de acuerdo a su cultura o sociedad en la que esté inmerso, y su grupo social específico de pertenencia.

En este sentido es relevante para nuestra investigación el acercamiento a las representaciones sociales de la enfermedad de la familia y las redes sociales primarias de esquizofrénicos e identificar las formas de la producción cognitiva respecto a las características e implicancias de patología en quienes deben actuar como apoyo social.

Se trata de indagar, en las construcciones culturales de nuestra sociedad respecto a las capacidades reales de los esquizofrénicos de integrarse efectivamente a la sociedad, y de desenvolverse en ella y si estas construcciones culturales afectan también de forma específica al grupo en estudio (familia y redes sociales de esquizofrénicos) en cuanto a la reproducción de valores y creencias que no aporten a la integración por la tendencia a subvalorar las capacidades de los afectados por este trastorno y la mantención-reproducción de una forma de vinculación paternalista. En definitiva, cómo actúa el contenido de las representaciones sociales de la esquizofrenia, determinando la forma de relacionarse con el fenómeno (la enfermedad y quienes la padecen en este caso) de su red más cercana y si estas representaciones sociales afectan de manera positiva o negativa la integración social efectiva de los afectados por esta enfermedad y, a partir de esto, evaluar la capacidad de sus redes sociales de ejercer el rol activo que se le asigna desde los postulados de la psiquiatría comunitaria, que rigen la los actuales Planes de Salud Mental de Ministerio de Salud.

En esta línea, existe una determinación social central (macro) y otra, social lateral (micro) de las representaciones (Moscovici, 1979). La primera se refiere a la cultura global de la sociedad en la que se insertan los grupos, los actores y las actrices sociales y la segunda al grupo en particular en el cual se insertan las personas. Lo micro y lo macrosocial está en constante interacción, afectándose mutuamente. Las personas se constituyen y constituyen sus representaciones sociales y en forma paralela también constituyen un mundo social y construyen y reconstruyen permanentemente su propia realidad social y su propia identidad social.

"Los grupos humanos constituyen sobre ellos mismos, los otros y los eventos que viven, explicaciones cuyo objetivo no es científico, sino práctico: ayudar a la regulación de comportamientos intra e intergrupales". (Moscovici, S.; 1987, Pág. 278 en Aspectos teóricos y epistemológicos de la categoría representación social).

Por otra parte, para Jodelet (1986) las representaciones sociales son un conjunto de imágenes y significados, que conforman un sistema de referencia, el que permite interpretar lo que acontece y junto a esto, permitir la categorización y clasificación de fenómenos, junto con generar teorías que establezcan nexos entre ellas. Es así como las representaciones sociales, designan una forma de conocimiento práctico orientado hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno. Hace referencia, además, al saber de sentido común y cómo sus contenidos dan cuenta de la generación de una forma de pensamiento social.

Esta última dependerá del contexto en donde se encuentre. Es decir, la ubicación de las personas en la estructura social, no sólo interviene para la exposición selectiva de los contenidos conversacionales, sino que ejerce también una influencia sobre el tipo de experiencia personal que se establece en relación al objeto representado. El proceso de construcción de representaciones sociales esta orientado a dotar al objeto con el que se establece la relación a través de una textura material que permite el reconocimiento.

Las representaciones sociales, existen en la medida que son compartidas por los miembros de la sociedad, no obstante, no es una condición que todos los miembros de la sociedad tengan la misma representación, del objeto representado pero además, las representaciones sociales no sólo reflejan la realidad sino que intervienen en su elaboración.

Así, lo que nos interesa es identificar como está compuesto este "sistema de referencias" respecto a la esquizofrenia, en la familia y entorno cercano de esquizofrénicos, eventualmente contrastar éste con las representaciones de la sociedad en general, para encontrar luces referidas a si el conocimiento práctico o de sentido común de este grupo, en relación a la enfermedad, reproduce un sistema discriminatorio que no permite la inclusión efectiva a la comunidad de quién padece la enfermedad y, por ende, complejiza el panorama de las familias, al tener pocas herramientas que les permitan cumplir el rol que deben ejercer de acuerdo a la

psiquiatría comunitaria, de facilitadores de la inclusión social y agentes comunitarios para la abolición del estigma y la discriminación.

Nos referimos a si es posible para las familias y redes sociales primarias, a partir de las representaciones sociales de la esquizofrenia, realizar todas las acciones que permitirían, desde una perspectiva de psiquiatría comunitarias y de rehabilitación con base comunitaria, lograr la superación de la enfermedad de sus parientes o cercanos, a través de la generación acciones comunitarias de integración efectiva, tanto en los planos emocionales, sociales y/o laborales.

En el plano teórico, otros de los autores que han abordado las representaciones sociales en sus investigaciones son Tomás Ibáñez y Darío Páez en España y María Auxiliadora Banchs en América Latina.

La psicóloga Social Venezolana María A. Banch pone el acento en el papel de los medios de comunicación de masas en la generación y difusión de las representaciones sociales definiéndolas *como “La forma de conocimiento del sentido común propio a las sociedades modernas bombardeadas constantemente de información a través de los medios de comunicación de masas (...) en sus contenidos encontramos sin dificultad la expresión de valores, actitudes, creencias y opiniones, cuya sustancia es regulada por las normas sociales de cada colectividad. Al abordarlas tal cual ellas se manifiestan en el discurso espontáneo, nos resultan de gran utilidad para comprender los significados, los símbolos y formas de interpretación que los seres humanos utilizan en el manejo de los objetos que pueblan su realidad inmediata”* (Banchs, 1986:39 en Araya 2002)

Por su parte, Darío Páez un psicólogo social nacido en Chile, doctorado de la Universidad de Lovaina y actualmente profesor de Psicología Social de la Universidad del País Vasco en España, en su conceptualización, resalta el componente práctico de las representaciones sociales, al establecer los códigos en la regulación de los comportamientos al interior del grupo de pertenecía y entre los distintos grupos que conforman la sociedad.

De acuerdo al autor, las representaciones sociales son *“Las estructuras cognitivo-afectivas que sirven para procesar la información del mundo social, así como para planificar las conductas sociales. Si bien todo conocimiento es social, al ser una resultante de la socialización, las representaciones sociales, en particular, son las*

cogniciones o esquemas cognitivos complejos generados por colectividades que permiten la comunicación y que sirven para orientar las interacciones". (Páez, et al 1987 : 18 en Araya 2002).

En la misma línea Di Giacomo se refiere a las Representaciones Sociales como *"...los modelos imaginarios de categorías de evaluación, de categorización y de explicación de las relaciones entre objetos sociales, particularmente entre grupos, que conducen hacia normas y decisiones colectivas de acción..."* (Di Giacomo 1981, en Araya 2002)

En relación a nuestra investigación, las últimas definiciones nos permiten abordar las representaciones sociales como las estructuras cognitivas y afectivas que determinan la formación de valores, actitudes, creencias y opiniones respecto de la esquizofrenia, y que permiten a las familias y entorno cercano aprehender las formas de la interacción socialmente aceptados con los afectados por la enfermedad.

Robert Farr, Profesor del Departamento de Psicología Social de la London School of economics and Political Science se centra en las condiciones de emergencia de las representaciones sociales, señalando que éstas aparecen cuando los individuos debaten temas de interés mutuo o cuando existe el eco de los acontecimientos seleccionados como significativos o dignos de interés por quienes tienen el control de los medios de comunicación. Agrega además que las representaciones sociales tienen una doble función: Hacer que lo extraño resulte familiar y lo invisible perceptible, ya que lo insólito o lo desconocido son amenazantes cuando no se tiene una categoría para clasificarlos.

Todas estas definiciones recalcan la importancia para la comunicación, la interacción y la cohesión de los grupos sociales y coinciden en que las representaciones son sociales por:

- Las condiciones de producción en que emergen (medios de comunicación, interacción cara a cara, comunicación, lenguaje).
- Las condiciones de circulación de las RS (intercambio de saberes y ubicación de las personas en grupos naturales y de los grupos sociales naturales en contextos sociales particulares dentro de una estructura social).
- Las funciones sociales: construcción social de la realidad en el intercambio social, desarrollo de una identidad personal y social, búsqueda de sentidos o construcción del conocimiento del sentido común.

3.3.4.-Emergencia De Las Representaciones Sociales

Moscovici identifica como el denominador común en la emergencia de las representaciones sociales, el hecho de brotar en tiempos de crisis o conflicto, proponiendo que surgen como forma de clasificar y comprender acontecimientos complejos y dolorosos; justificar acciones planeadas o cometidas contra otros grupos; para diferenciar un grupo respecto de los demás existentes, en momentos en que pareciera desvanecerse esa distinción. En suma, causalidad, justificación y diferenciación social.

En este sentido, se cumplen todos los supuestos para la emergencia de las representaciones sociales de la esquizofrenia, debido a que emergen tan sorpresivamente como la enfermedad, para regular las acciones de los familiares y cercanos para relacionarse con su pariente o cercano que haya manifestado los síntomas de la enfermedad.

Además de éstas, el autor identifica tres factores fundamentales que posibilitan la emergencia de las representaciones sociales:

- **Dispersión y sobreabundancia de información:** No todos los grupos sociales ni sus miembros tienen acceso a la misma cantidad ni calidad de información. En cada grupo la información que se adquiere varía según las normas e intereses. La realidad se ve parcialmente. El pensamiento o conocimiento de sentido común se estructura a partir de una cantidad de información que bombardea al sujeto por todas partes, pero frecuentemente es insuficiente o el sujeto está incapacitado para asimilarla.
- **Focalización:** La recepción de la información depende del acceso que tengan a ella y de los intereses particulares de cada individuo, de acuerdo al grupo que pertenece. La atención se focaliza en los aspectos de la realidad que responden a los intereses de cada hombre y cada grupo.
- **Presión a la inferencia:** Con frecuencia nos vemos obligados a sacar conclusiones, opiniones y posiciones sobre temas dentro del circuito al que pertenecemos. En la medida en que un nuevo evento adquiere relevancia dentro de un grupo, los miembros ejercen una presión sobre los demás para que se expresen y fijen posiciones. Esto evidencia el carácter dinámico de las representaciones sociales; a este dinamismo subyace un saber más estable, inscrito en los códigos sociales históricos.

Jodelet (1991) señala además dos factores:

1.- Determinación Social Central: Influencia de las condiciones socioeconómicas e históricas de una sociedad global sobre la representación social. El estado de la sociedad determina las posibilidades de extensión, interacción y evolución de una representación. También condicionan las redes de información, condicionando los contenidos de la representación social de sus miembros.

2.- Determinación Social Lateral: El grupo en particular y el individuo ejercen una influencia que condiciona la representación social. El hombre es un productor de la realidad.

La comunicación social juega un rol esencial en la formación de las representaciones sociales porque transmite valores, creencias, conocimientos y modelos de comportamiento. Las conversaciones cotidianas juegan un importante rol en la construcción de las representaciones; éstas generalmente se realizan entre sujetos de grupos diferentes y su contenido depende de las diferentes experiencias personales de los sujetos con relación al objeto de representación. Toda representación siempre está en función del grupo de pertenencia del sujeto y su ubicación en la sociedad.

Las representaciones sociales están cargadas de significados, pues son la unión entre la percepción y significado, al integrar en un solo constructo teórico la percepción de una figura con la significación de las características, las que son otorgadas por las personas que participan de la interacción, formando la representación.

Las representaciones sociales, tienen 3 dimensiones que son interdependientes:

- a) Información: cuerpo de conocimientos organizados que un determinado grupo posee respecto a un objeto social.
- b) Actitud: focaliza la orientación global en relación al objeto de la representación social.
- c) Campo de representación: contenido concreto y limitado de las proposiciones acerca de un aspecto preciso del objeto.

El acervo cultural acumulado en la sociedad durante su historia, da el sustento para la generación de las Representaciones Sociales. Nos referimos a las creencias y valores básicos y las referencias histórico culturales que dan forma a la identidad propia de una sociedad, que se conservan por medio de la memoria colectiva y se materializan

en las instituciones sociales, en las que se encuentra el conjunto de condiciones económicas, sociales e históricas que caracterizan a una sociedad determinada que junto al sistema de creencias y de valores compartidos actúan como las fuentes de determinación de las representaciones sociales.

Sumado a lo anterior, el surgimiento y difusión de las prácticas sociales –como la forma en que los “normales” se relacionan con la “Locura”- se encuentran ligadas a las formas de comunicación social en las que se origina principalmente la construcción de las Representaciones Sociales. En este sentido, los medios de comunicación de masas tienen un peso preponderante para transmitir valores, conocimientos, creencias y modelos de conductas.

En este sentido es importante destacar que, en el caso de las representaciones sociales de la esquizofrenia, los medios de comunicación de masas han una imagen muy negativa de quienes están afectados por la enfermedad, asociándolo a la imagen clásica del “Loco”, una persona enajenada mentalmente con comportamientos agresivos y que representa un peligro para sí mismo, su familia y la comunidad y que no tienen capacidad de incorporarse efectivamente a la sociedad. Pese al poder de impacto de los medios de comunicación de masas, no podemos soslayar la importancia de la comunicación interpersonal, es otra modalidad de la comunicación social cuya influencia es igualmente significativa.

3.3.5.- Mecanismos de Objetivación y Anclaje.

Volviendo a los aspectos teóricos, según Moscovici, existen dos procesos o mecanismos fundamentales en la formación de las representaciones sociales, que provienen de la propia dinámica de éstas. Los mecanismos de objetivación y anclaje. El primero se refiere a la transformación de conceptos abstractos y extraños en experiencias o materializaciones concretas. El segundo, permite que las ideas extrañas o aspectos poco familiares y problemáticas, sean incorporadas en nuestro sistema de categorías y sea comparado con lo que consideramos un miembro típico de esa categoría.

Mediante ambos mecanismos, un objeto o conocimiento se transforma en objeto o conocimiento social; entrando a formar parte del conjunto de objetos y conocimientos que utilizan los grupos. Según Moscovici es la forma en que el objeto o conocimiento se transforma en representación y cómo esta representación transforma lo social.

Dicho de otra forma, mediante el proceso de **Objetivación**, se reconstruye el objeto entre lo que nos es familiar, para poder controlarlo, constituyéndose así, en un conocimiento personal no científico, por medio del cuál lo invisible se convierte en perceptible. Sobre el proceso de la objetivación inciden variables como la inserción particular de las personas, determinada por la posición en el contexto social, y la cantidad y calidad de la información que reciben. Este proceso consta de tres fases:

1. **Selección y Descontextualización:** También llamada **Construcción Selectiva**, se refiere a la retención selectiva de elementos que después son libremente organizados, que se realiza a partir de informaciones y conocimientos que el sujeto recibe del medio. Dicha selección se da junto a un proceso de descontextualización del discurso y se realiza en función de criterios culturales y normativos. Se retiene solo aquello que concuerda con el sistema ambiente de valores. De ahí que las informaciones con igual contenido, sean procesadas diferencialmente por las personas. La selección se realiza en función de la clase social, de las representaciones previas y de la visión que tenga el sujeto de sí y de su entorno, entre otras. Se seleccionan informaciones concretas del contexto en que existen para que fuera de este puedan ser organizadas. Los individuos se apropian de estas informaciones, las proyectan como hechos de su propio universo y así consiguen dominarlas. La descontextualización permite al individuo hacer del objeto abstracto, una organización coherente con elementos preestablecidos en su universo social.
2. **Formación del Esquema o Núcleo Figurativo:** La información seleccionada en el discurso se estructura y objetiviza en un esquema figurativo de pensamiento, sintético, condensado, simple y concreto, formado con imágenes claras, que reproducen la estructura conceptual, es decir, las ideas abstractas se convierten en formas icónicas. Estas imágenes estructuradas es lo que Moscovici ha denominado núcleo figurativo, o sea, una imagen nuclear concentrada, con forma gráfica y coherente que captura la esencia del concepto, teoría o idea que se trate de objetivar. No es una representación rigurosa del objeto mismo, sino una traducción de las relaciones complejas (reales e imaginarias), objetivas y simbólicas que el sujeto mantiene con el objeto. A esta fase también se le conoce como esquematización estructurante. Esta simplificación en la imagen es lo que le permite a las personas conversar y también comprender de forma más sencilla las cosas, a los demás y a ellas

mismas y a través de su uso, en diferentes circunstancias, se convierte en un hecho natural.

3. **Naturalización:** Es en esta fase donde los conceptos se antologizan y cobran vida automáticamente. Los elementos que forman el esquema figurativo aparecen como elemento de realidad y los conceptos se convierten en categorías sociales de lenguaje, transformándose en cosas “tangibles” que permiten ordenar los acontecimientos. La transformación de un concepto en una imagen pierde su carácter simbólico arbitrario y se convierte en una realidad con existencia autónoma. La distancia que separa lo representado del objeto desaparece de modo que las imágenes sustituyen la realidad. El carácter simbólico de la imagen queda olvidado y ésta queda considerada como reflejo de una realidad con existencia propia. Así, el esquema figurativo, a través de este proceso, adquiere estatus de evidencia, e integra los elementos de la ciencia en una realidad de sentido común.

Por su parte, el mecanismo de **Anclaje** da cuenta de cómo inciden las estructuras sociales sobre la formación de las representaciones sociales, y de cómo intervienen los esquemas ya constituidos en la elaboración de nuevas representaciones.

Permite la integración de las innovaciones en un pensamiento ya constituido sobre el que influirá, en función de las características del pensamiento preexistente. Este proceso proporciona funcionalidad y significación social a las representaciones sociales, posibilitan desempeñar su rol regulador de las interacciones grupales, pues en la atribución de sentido, el objeto reelaborado en representación social, se energiza en las relaciones intergrupales y en las representaciones preexistentes, modificándolas. Como se ve, este proceso está muy relacionado con los actos de clasificar y nombrar y permite articular las tres funciones básicas de las representaciones sociales: interpretación de la realidad, orientación de las conductas y relaciones sociales e integración de las novedades.

Pese a que el proceso de anclaje permite afrontar las innovaciones o el contacto con objetos que no son familiares para las personas, es necesario considerar que éstas innovaciones no son recibidas ni enfrentadas de la misma manera por todos los grupos sociales. La integración cognitiva de las innovaciones está condicionada tanto por los esquemas de pensamiento ya constituidos como por la posición social de las

personas y de los grupos. Si el nuevo objeto que ha aparecido en el campo social es susceptible de favorecer los intereses del grupo, este se mostrará mucho más receptivo.

Los procesos de objetivación y anclaje funcionan en una relación dialéctica que da lugar a las funciones básicas de la representación social. A través de la relación dialéctica entre la cristalización de una representación en torno al núcleo figurativo y un sistema de interpretación de la realidad y de orientación de conductas, los sujetos movilizan los procesos que les permiten comprender, anticipar, dar sentido a su conducta y su disposición interaccional con el medio. La Objetivación explica cómo los elementos se integran como términos de la realidad social y el anclaje contribuye a constituir las relaciones sociales y conduce a la elaboración de un cuadro de conducta.

3.4.- Redes Sociales Primarias y Familia. Más allá del Parentesco.

La familia es definida como la unidad básica de la sociedad. Representa el contexto más inmediato donde el individuo se relaciona con su entorno. A su vez, la familia forma parte de las llamadas *redes sociales* con las que cuenta una persona, pero las redes sociales no se agotan en la familia e incluso pueden prescindir de ésta, debido al énfasis relacional del concepto, no determinado por el parentesco o la consanguineidad.

En términos de salud, la Red Social se define como “el conjunto de personas altamente significativas con quienes uno tiene interacción social (...) Una red social incluye el núcleo familiar y todos los demás parientes del sistema foco, pero también amigos, vecinos, compañeros de trabajo y todos aquellos que, perteneciendo a una escuela, organismo asistencial o institución de cualquier tipo, brindan una ayuda significativa y muestran capacidad y voluntad de asumir el riesgo que implica la participación” (www.psiquiatriasur.cl).

En este sentido una “red primaria” (www.psiquiatriasur.cl) la constituye: el sujeto en cuestión, la pareja, familia, algunos parientes, amigos, vecinos, conocidos, colegas, en el caso de un usuario con esquizofrenia los terapeutas con los que se relacionan en el centro de rehabilitación, hospital o centro diurno, etc.

Lo central de las definiciones, para esta investigación es el componente relacional en que se funda el concepto y la superación de las definiciones basadas en el concepto tradicional de familia. Así, la red social primaria alude al conjunto de personas con las cuales un sujeto tiene una relación personal significativa o se siente emocionalmente ligado. El núcleo de la red podría ser un sujeto, una familia o un grupo de sujetos significativos sin vinculación parental.

Las relaciones que se establezcan en la red, van a ser determinantes en la salud o enfermedad mental de sus integrantes y constituirá el lugar donde los factores psicosociales de protección y de riesgo van a actuar desde las primeras etapas de la vida del individuo, entregando los aspectos centrales para la comprensión del proceso de salud- enfermedad para este núcleo.

La red social se concibe como un sistema activo, que tiene relaciones internas entre sus miembros y puede dar lugar a la creación de subsistemas de relaciones con el medio circundante. Esta tendencia presupone una búsqueda activa de la homeostasis del sistema y cuando se logra, la red social, cumple su papel de factor psicosocial de protección, pero cuando no se logra restablecer el equilibrio, se convierte en un factor psicosocial de riesgo y permite o facilita el accionar de otros factores de riesgo (Barrientos 2003).

Barnes la definió como “el conjunto de personas que se relacionan con un individuo, que forman vínculos sociales, utiliza el espacio y tiempo conjuntamente, se gustan o se disgustan, y se presentan ayuda recíproca” (en Martínez, Ochoa, Negredo, 2000, pagina 300). Hasta los años setenta, y coincidiendo con el inicio de los procesos de reformas psiquiátricas y modelos de orientación comunitaria, el trabajo con redes fue espontáneo, sin un enfoque teórico que lo delimitara y sistematizara en si mismo.

Diez años después, comienzan a aparecer un aserie de estudios cuyos resultados apuntan a que las personas que cuentan con una red social interconectada evolucionan mejor que aquellos que no la tienen al momento de su egreso de la internación en un centro de salud mental, sobre todo en aquellos que han sido diagnosticados con esquizofrenia (Martínez, Ochoa, Negredo, 2000). Lo mismo sucede en afecciones crónicas como la diabetes o en el infarto al miocardio, por lo que se puede señalar que la red social finalmente actúa como “monitora de salud y favorecedora de las actividades personales que se asocian con sobrevivida: rutina de dieta, ejercicio, sueño, adhesión a régimen medicamentoso y en general, cuidados de

salud; la relación social contribuye a dar sentido a la vida de sus miembros, favorece la organización de la identidad, otorga sentido a las prácticas de cuidados de salud” (Sluzki, 1996 en Martínez, Ochoa, Negrodo).

Debido a esto y considerando las características de las redes sociales de las personas con trastornos mentales severos, que muchas veces viven aislados de sus familias y con vínculos sociales muy acotados, nos referiremos a las redes sociales—que pueden o no incorporar a la familia- cuando nos refiramos al entorno directo de las personas con esquizofrenia.

De acuerdo a la cercanía, las redes se pueden caracterizar del siguiente modo:

1.- *Red primaria*: Constituida por un grupo de sujetos que interactúan en función de sus intereses personales, más allá de las instituciones formalmente establecidas. Aquí se establecen relaciones de cariño y confianza, elementos fundamentales para que la persona perciba a este nivel de la red como cercana. Mientras más extendida, es decir abarque a una mayor cantidad de personas, mayor inclusión en la red y por lo tanto mayor presencia de la persona en lo social (www.psiquiatriasur.cl).

2.- *Red secundaria*: Aquí se agrupan los individuos en instituciones, las que se relacionan a través de los programas y políticas que implementan. La motivación personal se supedita al de la organización a la que pertenece. En este nivel, el individuo puede percibir la relación con la red como lejana e impersonal. (www.psiquiatriasur.cl).

Independiente del tipo de red y/o cercanía con el sujeto, la trama de relaciones entre lo primario y secundario opera con el sujeto de manera recursiva, es decir se alimentan de manera recíproca.

3.4.1.- Redes sociales, Salud Mental y Esquizofrenia.

La experiencia de lo social está dada por la interacción. Las redes que construimos a partir de ésta, constituyen el horizonte de nuestro mundo, delimitando nuestro espacio y conductas sociales. El ambiente en que nos desenvolvemos facilita o inhibe el desarrollo y el intercambio de recursos. Las redes de una persona inciden directamente en su calidad de vida y en la posibilidad de que establezca una identidad social y relaciones gratificantes.

En general, las redes nos sirven como una fuente de intercambio de recursos, ayuda material o emocional. Poseen un carácter protector de distintas enfermedades y son importantes en la recuperación de éstas, puesto que se parte del supuesto que las patologías no sólo siguen un desarrollo interno si no que también se ven influidas por las relaciones interpersonales. (Marcela Troncoso, Claudia Alvarez y Rafael Sepúlveda. 1995)

En el caso de la salud mental, hay distintos motivos por los que las personas pueden interrelacionarse con las redes sociales: contención psicológica, necesidad de información sobre la red de salud, cambiar la ayuda oficial de los organismos por ayuda informal y adquirir elementos de psicoeducación. Además tiene efectos en el bienestar y calidad de vida, ya que permite que el individuo satisfaga sus necesidades y obtenga reconocimiento por parte de la red social. En síntesis evita la soledad y abandono del individuo, al tiempo que hace resurgir nuevos intereses.

Tanto Caplan como Gottlieb han recalcado la importancia de la intervención en las redes sociales frente a las problemáticas de salud mental (Arón, 2007, Pág. 6): “el sólo contacto con la red primaria, familiares y amigos cercanos puede predecir una mejoría en la capacidad de las personas para resistir eventos traumáticos”. Lo anterior, implica que en el abordaje de los trastornos mentales, se debiese incluir “no sólo al individuo y su familia, sino también lo que se ha denominado la ecología social, es decir las fortalezas y debilidades del ambiente social en relación a su rol en la protección de salud” (Arón, 2007, Pág. 6).

En este sentido, la red social primaria emerge como una “micro entidad”, cuyas relaciones están fuera todo ámbito institucionalizado, pero que es finalmente el espacio donde se establecen la gran mayoría de las relaciones de las personas con trastornos mentales severos.

Uno de los primeros en estudiar las redes sociales primarias de personas con esquizofrenia fue Tolsdorf, (www.psiquiatriasur.cl), quien descubrió que ésta variaba, según en qué momento de la enfermedad se encontraba el individuo. Por regla general, las redes sociales de esquizofrénicos son “altamente interconectadas alrededor de los parientes y presentan un contacto difuso en relación a los no parientes. La relación con los parientes tiende a ser dependiente, mientras que con los no parientes son más recíprocas” (www.psiquiatriasur.cl). Durante la crisis o

descompensación psicótica y se concluyó que para que esta red funcionara como *apoyo social*, debía transformar sus sistemas de creencias, ya que el estigma y niveles la carga emocional, no constituían un factor de protección y rehabilitación, sino que un agente estresor. En el periodo después del alta, la red tiende a reducirse y densificarse.

En el caso de las personas con Esquizofrenia, tanto las características propias de las crisis (por ejemplo, si está asociado a episodios violentos) y el estigma asociado a esta, las redes sociales se comportan de un o modo distinto a otros trastornos mentales.

Esto genera un debilitamiento en las redes, las que se traducen en un menor número y de menor densidad, lo que trae como consecuencia “mayor riesgo de hospitalización que los no psicóticos, cuya red es mayor y más densa” (Hernández, Contreras). Si a ello se suma que los pacientes psiquiátricos tienden a utilizar la red de manera superficial, es decir, muchas veces no se “entregan lo suficiente como para que los miembros de su red puedan brindarles verdadero apoyo” (Hernández, Contreras), y además ante las situaciones de estrés cortan los lazos sociales, en vez de fortalecerlos, es fundamental dar cuenta de las representaciones sociales que se dan al interior de la red social primaria, y si esta perpetúa conceptos de discriminación

Por lo anterior, en el caso de las personas con esquizofrenia, uno de los papeles de la rehabilitación es la creación, mantención y reforzamiento de las redes sociales.

En la actualidad existe suficiente evidencia científica de que las personas con esquizofrenia que son atendidas en la comunidad mantienen un curso del trastorno estable, sin grandes deterioros, con cortas rehospitalizaciones y con un considerable aumento en la calidad de vida, independencia afectiva de sus pares y aumento en las relaciones interpersonales (fuera del círculo familiar o de la red de salud en la que se atiende).

Por ello, el apoyo social como función de las redes sociales es fundamental para la mejorar la calidad de vida de las personas, especialmente en situaciones de crisis, ya que los desencadenantes en problemas de salud mental se gatillan mayormente en “ausencia de lazos o apoyos sociales adecuados o la ruptura de redes sociales previamente existentes”.

Al referirnos al concepto de apoyo social más que de red social, asumimos que esta última no necesariamente implica protección hacia la persona con esquizofrenia: “El apoyo social derivó de modelos de salud epidemiológica y pública acerca de la enfermedad, que luego fueron aplicados al fenómeno psicológico. Se refiere a algo personal, subjetivo a diferencia de las redes de apoyo que hacen referencia a un aspecto socioestructural y objetivo” (www.psiquitríasur.cl). Cuando hablamos de apoyo social, nos referimos a la función de protección en la aparición y respaldo en el tratamiento y rehabilitación de trastornos físicos y psíquicos.

Es decir, la red social, en un plano de apoyo social, implicarían una actitud emocional positiva, un clima comprensivo, de simpatía, de empatía, de estimulación y apoyo. Es el tipo de funciones poco ambivalentes, características de amistades íntimas y de las relaciones familiares cercanas.

En la misma línea, Caplan (En Arón, 2007, Pág. 6), señala que la red social debiese tener las siguientes características para ser un real espacio de apoyo social:

- Si entregan retroalimentación de aquello que provocó el estrés.
- Proporcionan ayuda para movilizar recursos y a manejar sus emociones.
- Comparten responsabilidades.
- En las crisis otorgan ayuda material e información importante.

En un estudio realizado a quince jóvenes (5 mujeres y 10 hombres) entre 22 y 30 años, con diagnóstico de esquizofrenia, de nivel socio económico bajo y del sector sur de la Región Metropolitana, se indagó en las características previas y actuales de la red social y si cuentan con red social de apoyo (Sepúlveda, Alvarez y Troncoso, 1996).

Para ello, se utilizó la Entrevista de Mannheim para la Medida de Apoyo Social que da cuenta del apoyo psicológico cotidiano; el apoyo instrumental cotidiano; apoyo psicológico en crisis y apoyo instrumental en crisis; y el Eco –mapa donde se grafican las relaciones que el joven establece con su medio, tanto con quien o quienes vive, los parientes (independiente si viven o no con él), amigos, vecinos, compañeros, conocidos, grupo, instituciones y pareja. (Sepúlveda, Alvarez y Troncoso, 1996).

Los resultados no fueron distintos a los señalados en otras investigaciones: los jóvenes con esquizofrenia del estudio, cuentan redes sociales pequeñas, “con un promedio de 15 personas en lugar de las 25 a 30 que corresponden a la red de una

persona normal. Además estas se concentran en torno a sus parientes, agotando de esta forma los recursos de la red primaria” (Sepúlveda, Alvarez y Troncoso, 1996, Pag. 48).

Respecto de los cambios de la composición de la red social, antes y después de aparecido el trastorno, tanto los jóvenes con esquizofrenia como sus madres, no perciben grandes cambios. No obstante, sus hermanas si perciben una baja en el número de personas y en las categorías que lo componen. (Sepúlveda, Alvarez y Troncoso, 1996).

A pesar que ninguno de los tres grupos reporta cambios importantes en la red total de parientes, los pacientes si reportan una disminución en el número de personas que vive con ellos. Disminuye la familia nuclear y aumenta la familia extensa, con el nacimiento de nuevos miembros. Sin embargo, el aumento de la familia extensa resulta aparente, pues encubre el alejamiento de otros parientes. Todo esto alude, más bien, a una movilidad de los familiares que a un aumento o disminución al interior de la red de parientes.

Respecto de los amigos, los resultados dan cuenta en la disminución de estos, dado por el distanciamiento de ambas partes, tanto por que la enfermedad conlleva síntomas de retraimiento social y afectivo, como por el temor y desconocimiento de los antiguos amigos ante la aparición de la enfermedad. A ello se suma que los sujetos con esquizofrenia no se encontraban ni estudiando ni trabajando, por lo que se reduce significativamente la posibilidad de contar con una red de amigos.

En lo se refiere a las relaciones de pareja, sólo las hermanas detectan una perdida, luego de iniciada la enfermedad, si bien los jóvenes con esquizofrenia no hacen referencia a este cambio, a lo que aluden como compromiso afectivo, no es tal, sino que se “reduce a relaciones íntimas de carácter esporádico” (Sepúlveda, Álvarez y Troncoso, 1996, Pag. 48).

Respecto de la calidad y reciprocidad de las relaciones, las hermanas que perciben “una disminución de la cantidad de las relaciones recíprocas (...) y un aumento de las relaciones conflictivas y disminución de las relaciones fuertes con sus hermanos” (Sepúlveda, Álvarez y Troncoso, 1996, Pag. 49). No obstante, madres y esquizofrénicos, no reportan cambios significativos, lo podría reflejar de una relación sobreprotectora o respuestas socialmente deseables.

En relación a la constitución de la red, y en coincidencia con otros estudios, tanto madres como hermanas señalan que la red social de su familiar con esquizofrenia está compuesta en más de un 50% por familiares.

En este sentido, la familia directa e indirecta o extensa y los vecinos constituyen la red social primaria del sujeto con esquizofrenia, de allí la importancia en cómo se sitúa y opera en las representaciones sociales respecto de un familiar o persona cercana con la enfermedad.

Asimismo las intervenciones familiares -entendiendo que la familia es la principal red social primaria y de apoyo del enfermo con esquizofrenia-no deben terminarse en su función de prevención de recaídas de los pacientes, sino que los familiares tienen derecho a una atención directa a sus propias dificultades y necesidades. (Fernández, Gabay 2003).

En el caso de la Esquizofrenia, la red social se manifiesta de un modo particular, dada las características del trastorno como por el impacto que esta causa y las representaciones sociales que la red social tiene de ella. Incluso, comparada con otras problemáticas de salud mental, como la depresión.

Dadas las condiciones anteriormente descritas se dio origen en la década de los cincuenta a estudios sobre las tasas de recaídas en el año posterior al ingreso hospitalario de pacientes esquizofrénicos y se concluyó que el pronóstico, al ser dados de alta, tenía una estrecha relación con el contexto que les recibía, especificándose de este modo una serie de características de las interacciones sociales entre el paciente y sus familiares y/u otras personas del entorno que parecían influir sobre la evolución positiva o negativa de los trastornos (Fernández, Gabay, 2003).

Para abordar esta problemática, surge el concepto de emoción expresada (*EE*) para designar los aspectos de la conducta emocional, que dentro de un núcleo familiar se manifiestan hacia sus miembros. La emoción expresada se refiere a aspectos emocionales de la conducta de los individuos que constituyen el entorno familiar de los pacientes, dichos comportamientos son observados directamente en la entrevista o bien, indagados en la entrevista en la que el informante es un familiar. (Rodríguez, 1997)

3.4.2.- Familia y Sobrecarga Emocional.

A fines de los años cuarenta e inicios de los cincuenta, se habían planteado la influencia de la familia en la esquizofrenia, sosteniendo que las pautas de comunicación eran las responsables en el inicio y mantención de la enfermedad, planteando la figura de la “madre esquizofrenógena”.

En los años cincuenta, la “Escuela de Palo Alto”, formuló por primera vez la “Teoría del Doble Vínculo” respecto del rol de la familia, cuyo mensaje contradictorio y ambivalente es responsable en la aparición de la enfermedad. Ambas posturas fueron recogidas por la Antipsiquiatría, que afirmaba que la familia tiene un peso importante en la etiología de la esquizofrenia, ya que los mensajes que se le envían al sujeto con esquizofrenia, serían contradictorios en si mismos, y por lo tanto imposibles de ser resueltos ([//www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1053/5/El-constructo-emocion-expresada-en-la-esquizofrenia](http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1053/5/El-constructo-emocion-expresada-en-la-esquizofrenia))

Voces críticas respecto de esta teoría, señalan que por un lado, no existe constatación empírica al respecto, ya que se necesitan estudios psicológicos y experimentales más comprensivos, con diferentes tipos de familia y en diversos contextos familiares. Asimismo, más que aportar con una mirada comprensiva, lo que generó fue consecuencias negativas, propiciando o reforzando sentimientos de culpabilidad al interior de la red social primaria. ([://es.wikipedia.org/wiki/Doble_V%C3%ADnculo](http://es.wikipedia.org/wiki/Doble_V%C3%ADnculo)).

Hacia 1960, la Unidad de Psiquiatría Social del Consejo Médico de Investigación de Londres, intentaba establecer si el ambiente familiar influye sobre el curso de la enfermedad. Habían observado que aquellos pacientes con esquizofrenia que volvían a los hogares de sus padres, esposos u otro familiar, tenían más recaídas que aquellos que se iban a vivir solos (Kuipers, Lam y Leff, 2002).

Asimismo, en los setenta, un grupo de investigadores en EEUU, comprobó que un 60% de las personas con Trastornos Psiquiátricos Severos que habían egresado de los hospitales, vivían con sus familias, pese a que éstas no contaba con las herramientas y apoyo para acogerlos y menos para integrarlos. Ello significaba que debían soportar una carga excesiva que finalmente repercutía en el modo de interacción y las representaciones sociales al interior de la red social primaria.

En 1976, Vaugh y Leff, mediante la Entrevista Familiar de Camberwell (CFI) definen los componentes de la Emoción Expresada, un concepto más operativo y depurado que el de "Implicación Emocional", que es posible de ser medida, mediante instrumentos estandarizados.

La Emoción Expresada (E.E), constituye el modo como la familia manifiesta la emocionalidad en relación al integrante del hogar con esquizofrenia, y que puede dar indicios respecto de los factores protectores o estresores de la enfermedad. Desde ahí, los componentes de EE, pasaron a ser descritos como:

1.- *Criticismo*: comentarios adversos realizados por el familiar acerca del comportamiento del paciente. (Rodríguez, 1997.)

2.- *Hostilidad*: es un tipo más exacerbado de comentario crítico, que implica una impresión negativa generalizada o un rechazo manifiesto del paciente como persona y no sólo respecto de su comportamiento. (Rodríguez, 1997.)

3.- *Sobreimplicación*: es una respuesta emocional que implica una preocupación desmedida por el familiar con esquizofrenia. (Rodríguez, 1997)

4.- *Calor*: manifestaciones de cercanía, cariño y comprensión hacia la persona con esquizofrenia. (Rodríguez, 1997)

5.- *Comentarios positivos*: manifestaciones de apoyo y aprobación hacia el familiar con esquizofrenia. (Rodríguez, 1997).

En relación a las características de la red social primaria y en particular de la familia, los estudios de Brow (1972), permitieron establecer la relación entre el aislamiento social de los familiares y la EE. Para los investigadores, quienes se mostraban más retraídos socialmente, expresaban menor tolerancia a las conductas del pariente con esquizofrenia, ya que eran su único soporte social. Ello aumentaba si en el hogar convivían pocas personas, y por ende había pocos familiares que se podían hacer cargo.

Este aislamiento, conlleva a que las representaciones sociales de las familias impliquen culpabilizar al pariente sobre su comportamiento, atribuyéndolo al recrudescimiento de características de la persona antes de la primera crisis, y no como

consecuencia del trastorno. En este sentido, analiza Vaughn (1977), en familias donde reina este tipo de representaciones sociales, producto de una EE alta, hay menor capacidad de afrontamiento de las crisis, y “se muestran más preocupadas y angustiadas”(<http://reme.uji.es/articulos/amuelj9391302101/texto.html>).

Dado lo anterior, las características de las representaciones sociales de la red social primaria, podrían resultar en elementos estresores y vulnerabilidad para el sujeto con esquizofrenia. (Cañamares 2001).

Se considera a menudo que la esquizofrenia tiene consecuencias más sombrías y provoca un distanciamiento social mayor que otros trastornos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la esquizofrenia es una de las 10 causas más invalidantes entre las personas de 15 a 44 años de edad.

En la sociedad, existe una gama de creencias en torno a la esquizofrenia, siendo una de las más importantes que las personas con esquizofrenia no se recuperan, esto se traduce en sentimientos de desesperanza y desesperación, el abandono y la destrucción al interior del núcleo familiar.

Si bien las redes sociales o la participación dentro de la comunidad se convierten en factores protectores, el impacto de la desinstitucionalización sin la sincronía de la comunidad, han sumergido a las personas con esquizofrenia y su entorno en la vorágine del modelo de desarrollo capitalista que no considera la solidaridad como uno de sus principios rectores.

Martínez Hernández (2005), señala que *“los enfermos mentales no son islas psicopatológicas, sino personas que se ven afectadas por el mundo social que los envuelve”*. El mismo autor refiere estudios que señalan que la enfermedad en países en vías de desarrollo tiene mejor pronóstico que en sociedades industrializadas, tal como existen claras diferencias entre el pronóstico, considerando el factor de vivir en ciudad o en zonas rurales.

Si bien no se conocen con exactitud las razones, el vivir en zonas rurales tiene una influencia positiva en el curso de la enfermedad, lo que probablemente se deba que el enfermo permanece en la comunidad con su familia, exponiéndose menos a las críticas y la hostilidad del entorno, es decir, vivencia un menor rechazo y una mejor aceptación social de la enfermedad.

Por otra parte, el rol que juegan los medios de comunicación, acrecientan el menoscabo de las personas diagnosticadas con trastornos mentales, debido a la frivolidad de algunas palabras relativas a enfermedades mentales (histeria, depresivo, psicópata).

En Andalucía, España, se publicó un estudio en donde el 90% de las ONG de colectivos en riesgo de exclusión social, no se relacionaban con los medios de comunicación, por dos motivos principales: la ausencia de recursos económicos para hacerlo y por considerarlo innecesario (Fernández Iglesias, 2005. En congreso salud mental, cosa de todos).

Si los prejuicios y desconocimientos son transmitidos por los medios de comunicación, es entendible que se sigan perpetuando sistemas de creencias estigmatizadores y discriminatorios, que afectan a personas con enfermedades físicas, mentales, o que son diferentes a lo establecido por los parámetros de normalidad impuestos por el mercado y la globalización.

3.5.- Políticas Públicas en Salud Mental.

Como se presentó al inicio del marco teórico, el planteamiento central de esta investigación gira en torno a las redes sociales primarias de las personas con Esquizofrenia y su capacidad de asumir la carga que implica el rol social –activo, protagónico, casi militante- que se le endosa desde el modelo comunitario y las políticas públicas en salud mental actualmente vigentes.

Considerando lo anterior, se plantea que existen dos elementos centrales que nos pueden ayudar a comprender y explicar esta problemática: Las representaciones sociales de la esquizofrenia, que pueden reproducir la discriminación desde las redes sociales primarias –no necesariamente actuando como agente integrador- y las políticas públicas en salud mental establecidas en el marco de la reforma psiquiátrica, que declaran como principio rector la participación social y establecen a la comunidad como agente en el tratamiento y rehabilitación, sin una definición clara de las estrategias concretas para operacionalizar este principio.

Para abordar esta primera dimensión, en el capítulo siguiente, se realizará un acercamiento empírico al fenómeno de las representaciones sociales a partir de un

análisis cualitativo de grupos focales y entrevistas en profundidad a familiares – directos e indirectos- y vecinos de personas con esquizofrenia para indagar como estas representaciones influyen en la eventual integración o discriminación de quienes padecen el trastorno.

Además, la información obtenida de las fuentes primarias por medio de las técnicas cualitativas, será complementada con análisis de información secundaria correspondiente a las normativas, regulaciones y evaluaciones de la implementación del modelo de salud mental y psiquiatría comunitaria, de manera de relacionar las representaciones sociales con el estado del arte en la ejecución de las intervenciones relacionadas al componente comunitario en salud mental y, en base a estas dos fuentes de información, se evaluará la capacidad real de las redes sociales primarias de las personas con esquizofrenia de convertirse en agentes integradores, en términos socio comunitarios, considerando el indudable impacto que provoca un diagnóstico como este en las familias.

De esta manera, en el presente acápite nos abocaremos a realizar un análisis de las políticas públicas en salud mental vigentes en nuestro país, entendiéndolas como dispositivo de cambio de actitudes discriminatorias en pos de la integración social y desde la consideración de que el estado juega el rol central en la generación de las condiciones necesarias para el bienestar de la población.

Asumiendo este posicionamiento, nuestro énfasis es crítico respecto de la incongruencia entre el modelo teórico adoptado, sus principios y valores y el escaso desarrollo de estrategias concretas para el logro de sus objetivos. Nos referimos a la precaria incorporación de regulaciones instalen institucionalmente, de manera efectiva y concreta el componente comunitario como parte del tratamiento y rehabilitación de mas patologías mentales -diseño e implementación de estrategias, programas, planes y actividades concretas con responsables de su ejecución y presupuestos coherentemente asignados para recursos materiales y humanos -.

Consideramos, al menos ingenuo pretender que las creencias, principios, valores, actitudes y acciones que integran las representaciones sociales -compartidas por la red social primaria de los pacientes- puedan variar espontáneamente y con la intensidad suficiente para adoptar el rol de agente comunitario de intergración, sin el concurso de la institucionalidad política –en términos de políticas públicas- y la

generación de estrategias que logren el traspaso efectivo de recursos y competencias a la comunidad.

En el mismo sentido, entendemos que el conocimiento ontológico o de sentido común no es la suma de significados o sentidos individuales, que son compartidos y que azarosamente confluyen en una comunidad determinada. Entendemos que las representaciones sociales son constructos humanos, pero a su vez, influyen determinantemente en él y otorgan el marco comprensivo de los significados del comportamiento individual en un contexto determinado.

Se requiere entonces que las definiciones respecto del modelo de atención sean explicitadas formalmente, como política pública regulatoria, estableciendo estrategias concretas de operacionalización, de manera que, además de preconizar teóricamente los principios y valores del enfoque biopsicosocial y los postulados inclusivos del modelo comunitario en salud mental, establezcan formalmente los alcances de la dimensión comunitaria del modelo y las estrategias concretas para fortalecer a la comunidad organizada y realizar un traspaso racional y paulatino de responsabilidades a ésta.

En concreto, se realizará un análisis de los planes de salud mental del Ministerio de Salud y de las guías clínicas y/o protocolos de atención respecto de la esquizofrenia, así como las normas técnicas y otros documentos regulatorios o evaluativos que nos permitan configurar en estado del arte de la implementación del modelo y especialmente del componente comunitario de éste.

En este punto, debemos referir que, al buscar información específica de los dispositivos comunitarios de la red -como catastros de hogares protegidos o empresas sociales, por ejemplo- nos encontramos con que el Ministerio de Salud no cuenta con esta información consolidada -lo que es de suyo complejo para su rol de planificación y racionalización de recursos -, sino que es manejada directamente por los Servicios de Salud, no encontrándose disponible ni en el Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud -Dependiente de la Subsecretaría de Salud Pública- ni en la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud -Dependiente de la Subsecretaría de Redes Asistenciales-.

Debido a lo anterior, este tipo de información será analizada en relación al caso del Servicio de Salud Metropolitano Sur, por ser una de las experiencias señeras en el

ámbito de la salud mental con enfoque comunitario, teniendo indesmentibles avances en la instalación del modelo y en el proceso de desinstitucionalización de pacientes y reconversión de recursos de la red en el Hospital psiquiátrico El Peral -que siendo el segundo hospital psiquiátrico en tamaño del país, llevó a cabo un proceso de reconversión de funciones y recursos hacia un modelo comunitario organizado en torno a la red general de salud, con incorporación de los respectivos apoyos sociales para las personas con discapacidad- en el marco del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del Ministerio de Salud, pero impulsado fundamentalmente por iniciativa del Servicio de Salud Metropolitano Sur.

3.5.1.- Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.

Como vimos en el planteamiento de problema, el diagnóstico y tratamiento de la Esquizofrenia esta incluido dentro de las Garantías Explícitas en Salud (GES). De acuerdo al protocolo AUGE “Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma” (CIE-10). La definición que se adopta, como vemos, se centra en los aspectos biológicos y las consecuencias personales o individuales que genera –coherentemente con la orientación de este tipo de clasificaciones-.

Sin embargo, y pese a esta primera definición, en cuanto a los aspectos relacionales o sociales implicados, el mismo documento consigna que como consecuencia de la enfermedad “Se deteriora así su capacidad de relación con el medio, su funcionamiento social y su participación en las actividades compartidas. El aislamiento se debe tanto a que la persona no es capaz de comportarse de acuerdo a las expectativas de su grupo y comunidad de pertenencia, como por el rechazo que su conducta produce en éstos”. En esta definición se asumen problemas de inclusión debido al rechazo de comunidad a las conductas provocadas por la Esquizofrenia, pero en términos de discurso, nuevamente, se sitúa el problema en quien presenta la patología y sin consideración de la capacidad real de la “comunidad” de asumir en forma activa, un rol integrador.

Profundizando en este aspecto, el Programa Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (Minsal, 2001), establece como el centro del tratamiento las estrategias comunitarias, y

refiere que solo se recurrirá a la hospitalización en periodo de crisis para luego continuar el tratamiento en forma ambulatoria, a través de diversos dispositivos de una Red de Atención, inserta en la comunidad como por ejemplo Hospitales de Día, Hogares Protegidos, clubes de integración social.

Así, recogiendo la filosofía de la rehabilitación con base comunitaria (RBC), se propugna un modelo centrado en la articulación de redes, tanto asistenciales como comunitarias, para la superación del modelo asilar y el hospital psiquiátrico. En efecto, la rehabilitación basada en la comunidad (RBC) promueve la colaboración entre los dirigentes comunitarios, las personas con discapacidad, sus familias y otros ciudadanos involucrados para ofrecer igualdad de oportunidades a todas las personas con discapacidad en la comunidad.

En este sentido, el ministerio no solo reconoce el rol de las familias en el tratamiento y recuperación de la esquizofrenia, sino que le entrega gran parte de la responsabilidad en la rehabilitación e inserción social –pese a que en la mayor parte de los casos las redes sociales y de apoyo de estas familias se encuentren muy debilitadas o directamente no existan-.

Se parte, entonces de la premisa de que los pacientes tratados en forma ambulatoria, dentro de la comunidad logran mejores resultados que quienes presentan largas hospitalizaciones, reduciéndose de este modo las muertes por suicidio, junto con el costo dentro del sistema de salud (MINSAL, 2001).

En este sentido, *“la Comunidad aparece como el mayor recurso en sistemas de interacción social que se pudiera disponer para la reconstitución del usuario en tanto que sujeto que comparte identidades con un grupo social al que pertenece y el que lo valida significativamente, en y desde los distintos espacios en donde cumple roles, en el complejo proceso de reconstrucción del si mismo”* (Lafferte, 2003).

De acuerdo a esto, se requiere de una comunidad absolutamente enterada del componente socio-comunitario de la enfermedad, ejerciendo un rol totalmente activo en el derrumbe del estigma y los prejuicios en torno a la Esquizofrenia y consciente de la capacidad terapéutica de su rol integrador e inclusivo en términos sociales.

Sin embargo, en la práctica, el papel integrador no aparece tan claramente asumido o es escasamente ejercido por la comunidad. Es más, la Esquizofrenia sigue siendo

considerada como el trastorno psíquico de mayor impacto social y deterioro en la calidad de vida de quienes la padecen y de su entorno, quienes sufren de una fuerte estigmatización y exclusión social.

Incluso, en la guía clínica GES para la Esquizofrenia, en referencia a las intervenciones socio comunitarias, se plantea que “Desde la perspectiva de la atención comunitaria hay que tener en cuenta los conocimientos acumulados desde diversos campos científicos sobre el estigma y la discriminación que afectan a las personas con esquizofrenia. Tanto el rol que juegan los medios de comunicación como las diversas medidas que favorecen la integración y el desempeño ciudadano pleno cobran acá una importancia preponderante” (Guía Clínica GES EQZ 2009, Pág. 74).

A pesar de esto, en el mismo documento se reproduce luego la representación social clásica del esquizofrénico, asociada a conductas inaceptables, al establecer como primera línea de acción para la disminución del estigma, “Aumentar el desarrollo y uso de medicamentos que controlen los síntomas, minimizando los efectos colaterales estigmatizadores”. (Guía Clínica GES EQZ 2009, Pág. 74).

Tanto el modelo de atención en salud mental, como sus estrategias actualmente vigentes, se encuentran en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del 2000-2010 del Ministerio de Salud generado el año 1999. Para su elaboración, se convocaron a técnicos y profesionales del sector público y privado, a usuarios y familiares, colegios profesionales y sociedades científicas, universidades y autoridades del poder ejecutivo y legislativo. Mediante grupos de trabajo, revisión de documentos, asesorías internacionales y seminarios nacionales, se llegó al documento final conocido como el Plan Nacional de Salud Mental (www.minsal.cl).

A grandes rasgos, lo que se pretendía era pasar de un sistema asilar, centrado en la atención en los hospitales psiquiátricos a otro comunitario, basado en la integración y articulación de una red de salud mental y psiquiatría –incluyendo todos los dispositivos asistenciales y comunitarios que implica-.

Se establece como propósito “Contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales,

el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común.” (Introducción Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. MINSAL.cl).

Así se asumen los postulados del enfoque biopsicosocial, en el concepto de que la salud y en especial la salud mental no solo depende de factores biológicos inherentes a las personas y grupos, sino también de las condiciones en que ellos viven, principalmente en el ámbito de la familia, de la escuela y del trabajo. Las enfermedades mentales, como el resto de las alteraciones de la salud, responden a factores biológicos y psicosociales susceptibles de prevención, tratamiento y rehabilitación.

En cuanto a las estrategias de abordaje, se establece que las acciones de promoción y prevención deben tener la capacidad de modificar condiciones y hábitos y actuar sobre las formas de vivir de las personas y familias, por lo que son, necesariamente intersectoriales, participativas, con financiamiento compartido y no exclusivamente responsabilidad del sector salud. La prevención, detección y tratamiento precoz y efectivo de los trastornos mentales requiere de acciones de salud que involucren a las personas, familias y grupos organizados de la comunidad, así como de servicios de otros sectores.

En el apartado referido a los Valores y Principios se profundiza lo anterior, especialmente definiendo como estrategias relacionadas al componente comunitario las siguientes:

- Proponer y participar, intersectorialmente, en acciones de promoción de la salud mental que hayan demostrado ser potencialmente efectivas, realizadas en los espacios naturales de convivencia y a través de la comunicación social.
- Realizar actividades regulares para la coordinación en red de los dispositivos para la hospitalización, cuidado residencial, cuidado diurno, programas de rehabilitación, reinserción social, tanto institucionales, como comunitarios o privados, cuyo eje es el equipo especializado ambulatorio.
- Redefinir periódicamente las actividades o prestaciones que cada dispositivo de la red entrega, en función de las necesidades de la población, los recursos de la red y de la evaluación sistemática de la atención, de modo que la atención sea de la mayor capacidad de resolución y siempre lo más cercana posible al paciente, su familia y la comunidad.

- Realizar actividades regulares que faciliten y motiven la participación de los pacientes, familiares y de sus organizadores en los distintos niveles de la red de servicios.

De esta manera, el ministerio reconoce que el tratamiento farmacológico por sí solo no es efectivo, ya que los avances científicos y las investigaciones evidencian que el aislamiento de las personas con Esquizofrenia no hace más que aumentar los síntomas y la estigmatización en torno a la enfermedad.

Lo anterior, en términos declarativos refrenda la orientación comunitaria del modelo, sin embargo, las estrategias que define se plantean de manera tan general que aparecen sólo como declaraciones de buenas intenciones, sin una definición de cómo se abordarán de manera concreta estas líneas de acción, ni como se “aterrizará” el componente comunitario del modelo de atención.

En esta línea, revisando la Norma Técnica para el tratamiento y rehabilitación de la Esquizofrenia, -que es donde se establecen las acciones concretas o prestaciones en salud y se determinan en detalle las características y los responsables de cada una de éstas- constatamos que la única mención que se hace a la familia del paciente en el tratamiento refiere que: “El tratamiento debe incorporar a los miembros de la familia de la persona afectada, y/o a otras personas significativas, como actores fundamentales de la recuperación del paciente”. (Pag 12 norma técnica).

Lo anterior reafirma que, a pesar de lo declarativo, el peso real asignado al componente comunitario es bajo y su rol aparece como secundario, persistiendo en la práctica una preeminencia de lo biomédico.

En el mismo documento, que es la guía y marco del ejercicio profesional de los equipos de salud, cuando se refiere a las prestaciones de atención primaria para personas con Esquizofrenia estabilizada (www.minsal.cl), aunque menciona a aspectos relativos de la intervención psicosocial y en grupos, la incorporación de la familia y la comunidad es abordada insuficientemente y reducida al entrenamiento en “comportamientos” sociales, domésticos o de autoayuda, y no hay un espacio exclusivo para que las personas con esquizofrenia manifiesten sus inquietudes y anhelos respecto de insertarse socialmente tras el tratamiento.

Las actividades específicas que deben desarrollar los equipos de salud para lograr los objetivos de las intervenciones comunitarias, se tratan someramente, al contrario de

las prestaciones o intervenciones asistenciales –biomédicas-, que constituyen el centro del documento y se describen en forma de detallada, para cada una de las disciplinas profesionales intervinientes en el tratamiento.

Para mayor abundamiento, en la misma norma, en el acápite referido a modalidades comunitarias de organización de servicios, plantea que éstas “...han demostrado un mayor impacto en la estabilidad a largo plazo de los pacientes con esquizofrenia son el Seguimiento de Casos y el Tratamiento Comunitario Asertivo. Si bien estas estrategias aún no han sido implementadas suficientemente en Chile, la experiencia internacional ha demostrado que constituyen modalidades altamente costo efectivas. Considerando la experiencia internacional, los servicios de salud, dentro de la flexibilidad que les permite su autonomía, deberían incorporar estas modalidades en los equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria que se vayan formando, de acuerdo a su propia realidad concreta” (Norma Técnica Pag. 45).

Así, se reconoce explícitamente el precario desarrollo de estas estrategias desde la institucionalidad pública en salud, pero a pesar de plantear que se ha demostrado la mayor eficiencia de las estrategias comunitarias, propone el desarrollo opcional de estas modalidades de tratamiento, de acuerdo a las posibilidades y lógicas de cada Servicio de Salud.

Por este motivo, intentaremos luego un acercamiento a la realidad del Servicio de salud Metropolitano Sur, donde ha existido una larga tradición del enfoque comunitario en salud mental y que fue definida desde principios de la reforma como Área de Demostración, en virtud de la consistencia del Plan de Salud Mental y Psiquiatría del Servicio, en el entendido de que es ahí donde podemos buscar los mayores logros del modelo.

Sin embargo, lo anterior, nos presenta un panorama adverso, en cuanto a la superación del voluntarismo con que se han llevado a la práctica las experiencias que incorporan efectivamente a la comunidad y familia al tratamiento y propendan a que éstas no reproduzcan la estigmatización y la discriminación.

3.5.2.- Equipos de Salud y Desarrollo del Componente Comunitario.

El incorporar a la Esquizofrenia como una de las prioridades de salud mental significó, además de la inclusión en el GES y de la definición de guías clínicas y protocolos para su atención, la realización de estudios externos al MINSAL que permitieran evaluar el impacto del modelo comunitario y el nivel de implementación de las políticas asociadas al mismo modelo.

Entre el 2002-2006 se realizaron tres estudios elaborados por el MINSAL o encargado por éste a consultores externos:

- “Estructura, Procesos, Flujos, Clasificación de Unidades de Atención Ambulatoria e Impacto Modelo Comunitario en Salud Mental y Psiquiatría en población usuaria diagnosticada con esquizofrenia, en el Sistema Público de Salud - 2002” (CISOC L y Q Asociados).
- “Evaluación de la implementación de la Guía Clínica GES para primer episodio de esquizofrenia” (CESAM 2006).
- “Evaluación de Criterios y Estándares de Calidad de Atención en Hogares Protegidos, Hospitales de Día y Equipos De Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria” (División de Rectoría y Regulación Sanitaria del MINSAL. 2003)

Del primero de los estudio mencionados -donde se evaluaron las dimensiones de Calidad de Vida auto percibida, el Funcionamiento en Roles Sociales, la Satisfacción Usuaria auto percibida y el Estado Clínico de los usuarios definidos- se concluyó que sólo en una de las ocho unidades analizadas (Punta Arenas) había alcanzado el nivel de desarrollo suficiente de para impactar favorablemente en la mayoría de los resultados terapéuticos observados en los usuarios atendidos ambulatoriamente.

Por anterior, se proponen cambios sobre las estructuras y procesos, de manera de elevar el nivel de comunitarización de la atención ambulatoria, a la vez que posibilitar la atención integral –biopsicosocial- de los usuarios. Pese al bajo grado de desarrollo, se concluyó que mayores niveles de desarrollo del Modelo Comunitario de Atención se asocian a un mejor estado de la población usuaria, lo que se ve expresado en general en puntajes indicativos de una mejor calidad de vida, una mayor satisfacción usuaria, y un mejor funcionamiento en roles sociales.

Desde estos resultados, y como forma de desplegar el potencial del modelo, se propone “un mayor impulso a las tareas relacionadas con poner a disposición de los usuarios mejores condiciones para la asistencia en recursos habitacionales insertos en sus comunidades, a la vez que recursos que permitan una atención integrada, bio – sico – social, en redes comunitarias de salud mental y psiquiatría, junto con asegurar las condiciones para impedir la interrupción e sus tratamientos” (CISOC L y Q Asociados, 2002. Pág 54).

Pese a lo relevante de los hallazgos de este estudio y tomando en consideración la incipiente instalación del modelo el año de su realización, en su propuesta de profundización de éste, no se aborda el componente comunitario en términos sustantivos, circunscribiéndolos a la necesidad de garantizar las condiciones materiales para que el afectado por la esquizofrenia se sitúe fuera del hospital, lo que indudablemente es indispensable, pero no suficiente para la integración social.

En el segundo de los estudios mencionados, se evaluó el grado de implementación de la guía de práctica clínica para la atención quienes sufren un primer episodio de esquizofrenia. Para ello, se 12 dispositivos de Salud Mental de distintos niveles de complejidad (Equipos de psiquiatría y salud mental comunitarios, Unidad de Atención Ambulatoria, Hospital de Día, Servicio de Hospitalización de Corta Estadía y Unidad de Rehabilitación Psicosocial), dependientes de 12 Servicios de Salud distintos.

Además de realizar una auditoría clínica, se usó una escala estandarizada para medir el nivel de especialización de los equipos de salud mental en 10 dimensiones consideradas relevantes, dos de la cuales se relacionan directamente el desarrollo del componente comunitario:

- Actividades de rehabilitación y reinserción laboral.
- Intervenciones psicosociales y las dirigidas a la familia, parientes y otros.

En la primera de estas dimensiones, además de la existencia de actividades enfocadas a “ayudar y/o entrenar a los individuos” a pasar el día en algo significativo para ellos, se evaluó la existencia de un contacto permanente y coordinado con diferentes instituciones u organizaciones comunitarias.

El resultado es negativo, considerando la preponderancia que debiese tener lo comunitario para la consolidación del modelo –pese a la valoración, a nuestro juicio autocomplaciente que se le da en el estudio-.

Se observó que los servicios sociales representan la instancia con que existe un mayor nivel de contacto y coordinación, aunque es más bien ocasional y sólo en un 39,0% de los dispositivos hay una coordinación permanente y fluida con éstos. Le siguen los establecimientos educacionales –muy relevantes en este aspecto- con solo un 24,4% de dispositivos con relaciones relativamente sistemáticas. Pero lo más complejo es que el contacto de los dispositivos de salud no existe en el 46.3% cuando hablamos de las organizaciones vecinales y en el 36.6% con las comunitarias.

En base a lo anterior, el estudio concluye que el nivel de coordinación con organizaciones de la comunidad es bajo y esporádico, centrado en situaciones específicas, siendo un ámbito que aún requiere mayor desarrollo.

Sin menospreciar esta conclusión, consideramos que no se dimensiona suficientemente su alcance y representa pervivencia de la perspectiva biomédica, ya que se posiciona desde la interpretación de los equipos de salud y su definición de las necesidades de los usuarios-pacientes, pero no incorpora las necesidades de socioeducación de la comunidad, ni parecen considerar relevantes estos contactos y coordinaciones para la abolición del estigma presente en gran parte de la sociedad y para la generación del entramado social requerido para la recepción e integración de estos grupos marginados.

Respecto de la segunda dimensión, referida a actividades destinadas a aumentar el soporte en el entorno del individuo -dirigidas a la familia, vecinos, amigos- se observó que el tipo de intervención más frecuente es la psicoeducación familiar (82,9%), sin embargo, a pesar de que está incluida en el protocolo de atención GES para primer episodio de esquizofrenia, sólo se realiza en el 66,7% de las Unidades de Atención Ambulatoria y en el 75,0% de los Servicios de Corta Estadía.

Por otra parte, las intervenciones destinadas a reducir la expresividad emocional dentro de las familias -cuya efectividad en reducir recaídas ha sido ampliamente fundada- sólo se entrega en el 70,7% de los dispositivos. Una cifra semejante se observa para las intervenciones destinadas a la reducción de la carga de los cuidadores (78,0%).

Complementariamente, se indagó en el nivel de entrenamiento de los profesionales que realizan estas intervenciones y el uso de marcos teóricos de efectividad demostrada para el diseño de las actividades. Los resultados reafirman la precariedad de las condiciones en que se desarrollan las estrategias de intervención.

Respecto a la psicoterapia familiar, sólo un 12,2% todos los profesionales que realizan estas intervenciones han sido debidamente entrenados y respecto del diseño de éstas, sólo en un 14,6% se funda en un modelo teórico probado y conocido.

Una situación similar se aprecia para las intervenciones cuyo objetivo es la reducción de la expresividad emocional dentro de la familia, en las que solo el 9,8% de los dispositivos han capacitado a todos sus profesionales, pero en el 41,5% de estos, nadie ha recibido entrenamiento específico en esta área.

Respecto de las intervenciones destinadas a disminuir la carga de los familiares y/o cuidadores, el 36,6% no ha capacitado a nadie en este ámbito y sólo 12,2% ha capacitado a todos sus equipos para ello.

Desde lo observado, se concluye que el uso de intervenciones psicosociales para este tipo de pacientes es menor a lo esperado, de acuerdo a lo programado en el paquete GES para este problema. Las intervenciones psicosociales que con más frecuencia se utilizan son la psicoeducación al paciente (54,5%) y a la familia (49,1%), así como la intervención familiar de tipo terapéutica (47,3%). La psicoterapia individual se practicó en 35,5% de los casos y el taller de entrenamiento en habilidades sociales en 28,2%. Los tres tipos de intervenciones menos utilizadas fueron: la evaluación y/o intervención educativa (13,6%), la evaluación y/o intervención vocacional – ocupacional (16,4%) y la intervención comunitaria (13,6%).

Además, se identificó un perfil diferencial de uso de intervenciones psicosociales para los diferentes servicios de salud; algunos de ellos realizan pocas o ninguna intervención psicosocial a sus pacientes y otros tienden a hacer una gran cantidad, sin un fundamento racional para una u otra opción. Al igual que lo que acontece con el perfil diferencial en el uso de la hospitalización, eso puede explicarse por diferentes razones: disponibilidad de recursos, entrenamiento de sus profesionales, modelo de atención, etc. Se consiga que uno de los factores que puede estar jugando un rol importante es la existencia de pocos profesionales que han recibido entrenamiento

formal y específico en este ámbito de intervenciones, lo que también se traduce en que las intervenciones que se realizan no siempre se basan en modelos teóricos bien fundados y que hayan demostrado ser efectivos. Como se desprende de todo lo anterior, este es un ámbito donde hay falencias en cantidad y calidad de las intervenciones, siendo una de las áreas donde esta evaluación muestra que se requiere mayor atención.

Las conclusiones generales de este estudio, en lo relacionado al aspecto comunitario - que contrario los principios del modelo, ocupa un parte marginal de lo evaluado- son poco auspiciosas en relación a los ambiciosos objetivos que se intentan alcanzar, especialmente considerando falta de énfasis comunitario que se observa, cuando los desastrosos hallazgos del estudio son planteados sólo como ámbito de “mayor atención” y no como un déficit estructural para la implementación del modelo.

Finalmente, en el tercer estudio analizado, correspondiente a la validación de instrumentos para el proceso de certificación de calidad en dispositivos de salud mental y psiquiatría, se evaluaron los estándares de calidad de atención de Hogares Protegidos, los Hospitales de Día y de los Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria.

Respecto de los hogares protegidos y de los hospitales de día, se obtuvieron en general resultados favorables, concluyendo que están consistentemente instalados en la red, con logros importantes en calidad de vida de los usuarios y una adecuada distribución de los recursos económicos.

Sin embargo, en lo que respecta a los equipos de salud mental y psiquiatría comunitaria, los resultados fueron muy deficientes, presentando bajos promedios de cumplimiento en gran parte de los aspectos evaluados, especialmente los referidos a la incorporación del paciente e la comunidad y la integración de la familia al proceso.

Asumiendo que los procesos de cambio son de largo tiempo, se solicitó a los propios Servicios de Salud que definieran quienes estaban en un proceso de cambio hacia equipos de Salud Mental y psiquiatría comunitaria y consideraban de utilidad ser evaluados.

A pesar esto, el primer hallazgo complejo se refiere a que se aplicó el instrumento de evaluación de atención a 13 equipos, sin embargo, a uno de ellos, no se asignó

puntaje por considerar que no cumplía con criterios básicos para un proceso, al menos inicial de cambio.

Sin perjuicio de las consideraciones explicitadas anteriormente, es necesario decir, que el instrumento aplicado consideró aquellos elementos definidos como fundamentales y que requieren estar presentes y ser bien evaluados para considerar una garantía suficiente en la calidad de atención – e incorpora aún escasos aspectos específicos de la psiquiatría comunitaria-.

Aun así, el 75% de los equipos se ubicó en el rango mas bajo de puntajes, lo que permite sólo una acreditación transitoria supeditada a la presentación dentro de un mes de un plan de mejora por parte del equipo y a la presentación de informes de avance de dicho plan cada seis meses. El 17% de los equipos obtuvo puntajes medianamente aceptables, que permiten acreditación por un año con recomendaciones a evaluar el año siguiente y ningún equipo alcanzo el puntaje más alto. En cuanto a los puntajes promedio de los equipos de salud, desagregando los aspectos de la atención o “criterios”, evaluados en una escala de 1 a 100, los porcentajes de logro más bajos se refieren a los aspectos relacionados al desarrollo del modelo comunitario, estas son las dimensiones “El equipo tiene definido un plan de rehabilitación y reinserción social para todos los usuarios” (28%); “La incorporación de los resultados de las encuestas de satisfacción de usuarios” (20%); “El cumplimiento del plan de tratamiento integral es evaluado y actualizado periódicamente” (37%); “El equipo de SM y psiquiatría comunitaria considera en la planificación, ejecución y evaluación, la participación de representantes de la comunidad” (45%).

Mención especial requiere el cumplimiento del criterio “La atención que se brinda en el equipo de salud mental y psiquiatría comunitaria cumple con los derechos de las personas”, que pese a relevancia sólo se logra en un 50%.

A continuación se presentan los resultados con los porcentajes de cumplimiento por área :

Nº	Criterios	%
1	La Atención que se brinda en el equipo de SM y Psiquiatría Comunitaria cumple con los derechos de las personas	50
2	La planta física en que brindan atención el equipo de SM y Psiquiatría Comunitaria cuenta los 6 elementos solicitados	50
3	El 100% de las personas en atención, cuenta con a lo menos los siguientes registros en la ficha clínica (5 elementos solicitados)	40
4	El equipo de SM y Psiquiatría Comunitaria que entrega atención de salud especializada ha recibido capacitación formal de calidad (Curso 30 hrs)	40
5	El recurso humano del equipo de SM y Psiquiatría Comunitaria posee experiencia clínica en Salud Mental superior a dos años y/o ha recibido capacitación	97
6	El equipo conoce y tiene a su disposición el 100% de los documentos regulatorios	80
7	El equipo lleva un sistema de registros (tarjetero u otro que le permite conocer mensualmente y con exactitud la población bajo control....	56
8	La organización de las funciones otorgadas por el SM y Psiquiatría Comunitaria está por la convivencia permanente descrita en un Manual de Organización y	47
9	Las actividades que realiza el equipo de salud durante el año en curso están planificadas y evaluadas	80
10	Los usuarios tienen una evaluación psiquiátrica inicial en el transcurso de los 7 días desde su ingreso	56
11	El equipo realiza actividades de coordinación y articulación con la Atención Primaria y Atención Terciaria y forma parte de un Plan de trabajo.....	80
12	El equipo de SM y Psiquiatría Comunitaria tiene definidos los criterios de ingreso y egreso sobre la base de priorización	67
13	Se aplican instrumentos de evaluación de las personas en control y se realiza monitoreo.....	37
14	El equipo de SM y Psiquiatría Comunitaria tiene un representante del equipo que participa en el comité evaluador de Mediana Estadía	NA
15	El equipo tiene definido un plan de rehabilitación y de inserción social para todos los usuarios	28
16	El cumplimiento del plan de tratamiento integral es evaluado y actualizado periódicamente.....	37
17	Todas las interconsultas son evaluadas priorizadas y resueltas	60
18	En caso de no considerarse técnicamente pertinente el ingreso de un usuario a esta atención especializada será devuelta	52
19	El equipo de SM y Psiquiatría Comunitaria dispone de un stock de fármacos suficiente para....	73
20	La atención de los equipos de SM y Psiquiatría Comunitaria dispone de fármacos necesarios.....	67
21	El equipo fomenta la organización de grupos de autoayuda	70
22	Toda persona que ingresa para su atención a un equipo de SM y Psiquiatría Comunitaria tiene asignado un profesional o técnico como referente....	70
23	Las consultorías de salud mental en Atención Primaria están planificadas	93
24	El equipo de SM y Psiquiatría Comunitaria observa y evalúa permanentemente sus actividades	47
25	El equipo de SM y Psiquiatría Comunitaria considera en la planificación, ejecución y evaluación: la participación de representantes.....	45
26	Los resultados de la aplicación de encuestas de satisfacción usuaria.....	20
27	El personal que labora en los equipos de SM y Psiquiatría Comunitaria	63

Lo anterior resulta complejo, a la luz de las exigencias puestas a las familias y a la comunidad en cuanto a ser agentes de integración. Especialmente, si consideramos que, desde los mismos equipos de salud no se ha instalado suficientemente la lógica comunitaria y menos aun, se han desarrollado estrategias concretas de activación y/o fortalecimiento del entramado social que permita de la instalación efectiva de prácticas comunitarias y la inclusión social del paciente en su medio.

Al respecto y refiriéndose a los equipos de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria el mismo informe consigna que: "...muchos de estos equipos están constituido por profesionales de larga trayectoria, con reconocidas capacidades en el campo clínico que hacen intentos por aunar criterios y enfoques en función de objetivos relacionados con el Plan Nacional y la Psiquiatría Comunitaria. Esto sin embargo, no siempre tienen formación en el modelo comunitario, por lo que se producen choque de paradigmas y de procedimientos".(MINSAL 2003, Pag. 30). Sumado a esto los procedimientos terapéuticos son producto de la formación individual de los integrantes de los equipos, por lo que no existen pautas comunes para evaluar su efectividad.

Otra fuente de datos en este aspecto es un documento denominado "Diseño de la red de salud mental del SSMS" realizado por la Unidad de Salud Mental de dicho servicio. En este, además de las falencias para la correcta implementación del modelo, referidas a recursos materiales con que cuentan los equipos, se consigna que en APS el "equipo multidisciplinarios de salud mental" está compuesto sólo por psicólogos y Trabajadoras sociales. Respecto de Atención Ambulatoria de Especialidad, todos los establecimientos de la red presentan déficit según lo establecido en la Norma Técnica de Centros de Salud Mental Comunitaria, la que se concentra en profesionales no médicos (Psicólogos, Terapeutas ocupacionales, Trabajadores Sociales y enfermeras), lo que imposibilita una atención integral.

El panorama no es bueno, si consideramos que las familias están ya sobrecargadas por la difícil y dura función de cuidar a un paciente esquizofrénico. Esto se percibe tanto objetivamente, en los problemas propios del funcionamiento familiar, como, sobre todo, en términos de la repercusión emocional de la enfermedad en la familia.

El modelo comunitario en salud mental ha supuesto un incremento en la carga familiar sin que exista probablemente un apoyo suficiente para las familias. Cabe preguntarse si esta situación es sostenible o puede llegar a afectar la salud de la propia familia.

Estudios sobre la carga familiar han planteado una alta probabilidad de aparición de trastornos psíquicos en los familiares de los pacientes esquizofrénicos.

Además, altos niveles de carga familiar están relacionados con niveles altos de emoción expresada, entendida como atmósfera emocional del ambiente de casa, y está demostrada la influencia de un nivel alto de emoción expresada en la recaída de los pacientes esquizofrénicos.

Por ello, la eficacia en el tratamiento comunitario, debe considerar la prevención de la morbilidad futura en las familias y apoyarlas tras valorar sus necesidades, lo que requiere de un equipo de salud fuerte en el ámbito comunitario.

Desde luego, la larga duración de esta sobrecarga, teniendo en cuenta la cronicidad de la enfermedad, requiere soluciones a largo plazo y soluciones flexibles que se amolden a las diversas circunstancias de familias y pacientes y a los distintos momentos de la evolución de la enfermedad, contando siempre con los recursos asistenciales disponibles y con los nuevos que pudieran crearse.

Sin embargo, se observa una notoria indefinición en las políticas públicas de salud mental, al momento de convertir en discurso de la salud mental comunitaria en una realidad, con estrategias concretas basadas en principios universalmente compartidos y preconizados desde los equipos de salud.

Esto se complejiza, si consideramos que en la etapa de plena instalación del modelo y cuando todavía éste no ha tomado la fuerza necesaria en sus pilares fundamentales, se experimenta un retroceso del valor del estado del bienestar como condición al desarrollo socioeconómico, lo que está acompañado de una pérdida de los valores sanitarios de lucha contra la enfermedad, pero también contra los factores sociales que la favorecen -cuando la competencia desplaza a la solidaridad, y los gobiernos introducen las leyes del mercado en los sistemas de protección social-.

En esta línea, a pesar de ser conscientes de la necesidad de dar flexibilidad a la generación de estrategias comunitarias, éstas deben fundarse en los principios rectores de esta corriente. Cuando se dice que todo vale, que todos los planteamientos son posibles, se impone la ausencia de principios y se llega a aceptar como comunitaria cualquier actividad de salud que se realice fuera de los hospitales psiquiátricos o de las Unidades de Psiquiatría de los hospitales generales.

Hay condiciones necesarias para que podamos hablar de Psiquiatría comunitaria.

En primer lugar, está la presencia de la comunidad, el protagonismo de la ciudadanía, de la población organizada, sobre su salud, sobre las políticas que afectan a la vida de las personas que la constituyen. Parece obvio, pero con frecuencia hay ausencia de la comunidad en las prácticas que se consideran comunitarias, pues para que exista como tal, es preciso que el entramado poblacional pueda participar, tenga acceso a las decisiones y capacidad para involucrarse.

Para ello la comunidad, debe ser más que una agrupación de individuos con problemáticas comunes e intereses comunes y deben aprehender conscientemente los problemas de salud de la comunidad, expresando sus aspiraciones y necesidades, y participando activamente en su solución, a través de programas locales de salud.

En realidad, lo que llamamos "salud comunitaria" es el programa de salud pública local, planificado en base a los problemas y necesidades de cada comunidad, ejecutado con la participación de la comunidad.

Sin embargo, no se puede esperar que la integración activa de la comunidad surja espontáneamente, especialmente considerando el modelo de desarrollo imperante.

Los equipos de salud deben jugar un rol determinante, a pesar de que muchas veces no compartan los principios del modelo o estén insuficientemente capacitados en las competencias y las habilidades que requiere el trabajo comunitario. Es más que un cambio de técnicas; implica nuevas actitudes en el quehacer cotidiano de los profesionales y técnicos –dentro de los equipos- y, por supuesto, una planificación y ordenación de los sistemas públicos que la posibiliten.

La salud pública no debe privilegiar la reparación del daño y/o la curación, sino el bienestar integral de la población. El sujeto de la intervención sanitaria se traslada del enfermo a toda la población y a la integración de quienes deben convivir con algún trastorno, pero que, con el tratamiento adecuado, no tiene impedimento alguno para desenvolverse e interactuar "normalmente" en la comunidad.

3.5.3.- Enfoque Comunitario en el Servicio de Salud Metropolitano Sur.

El Servicio de Salud Metropolitano Sur (S.S.M.S.) tiene una reconocida tradición de trabajo comunitario y una amplia experiencia en el ámbito de la salud mental con enfoque comunitario. Desde los comienzos de la reforma psiquiátrica, al alero del Departamento de Salud Mental y Psiquiatría del Campus Sur de la Universidad de Chile, generaron programas de base comunitaria.

Desde mediados de los años 90, esta tradición se tradujo en desarrollos teóricos de punta, que permitieron avances concretos en la instauración del modelo, reflejados tanto en el crecimiento de su red, en la organización territorial de los equipos de salud mental y en la implementación del proceso de reconversión del Hospital Psiquiátrico El Peral, el segundo en tamaño a nivel nacional.

En reconocimiento de lo anterior, el 2000 el Ministerio de Salud define al SSMS como área de Demostración Nacional del Plan Nacional de Salud Mental, iniciándose una estrecha relación de trabajo con la Unidad de Salud Mental del MINSAL.

En esa calidad, el SSMS desarrolla Planes específicos para su territorio asignado en los periodos 2000-2006 y 2008-2010 realizando evaluaciones sistemáticas, que en sus aspectos centrales, no solo reafirman nuestra tesis de la falta de preparación para absorber las exigencias demandadas a la familia y las redes sociales, sino como esto se ha profundizado como resultado de políticas erráticas en el salud mental, como la implementación de la Ley de Autoridad Sanitaria (2005).

Esta ley, generó dos subsecretarías en el MINSAL, con funciones distintas. Producto de esa reestructuración se produjo la pérdida de referentes técnicos en salud mental desde el Ministerio hacia los Servicios de Salud, que no lograron identificar suficientemente la organización de funciones posterior a la creación de la Unidad de salud Mental en la subsecretaría de Redes Asistenciales y del Departamento de Salud Mental, en la Subsecretaría de Salud Pública.

La primera se encarga de la articulación de las redes y resguardando la correcta implementación de los programas asistenciales. La segunda debe generar las políticas públicas a nivel nacional como Planes Globales de Salud mental. La separación de estas dos funciones en estructuras distintas ha determinado una falta de diálogo entre

las dos instancias y un quiebre en la relación sinérgica que debe haber entre estas dimensiones

Esto ha generado una suerte de indefinición respecto de la adopción integral del modelo, con el consiguiente estancamiento del proceso de profundización de los aspectos comunitarios en el tratamiento y rehabilitación de los pacientes.

Retomando la experiencia del SSMS, el año 2005 el Consejo de Integración de la Red Asistencial (C.I.R.A.) de dicho servicio, define a la salud mental, como su 3º prioridad sanitaria, lo que implicó un reevaluar lo realizado y proponer un plan de salud mental propio, en vista de la falta de definiciones desde el Ministerio.

El año 2007 el SSMS realiza una evaluación del avance hasta el 2006 donde destaca, entre sus conclusiones principales, que el modelo de Psiquiatría Comunitaria se encuentra sólo parcialmente instalado, con brechas cuantitativas y de competencias del recurso humano, requiriéndose avanzar en la integración y coordinación territorial del trabajo desarrollado, en la integralidad de la atención, intersectorialidad y participación comunitaria. Además, destaca la necesidad de actualizar definiciones estratégicas, expresadas en proyectos de inversión concretos. (SSMS, 2007)

A partir de esta evaluación el SSMS readecua las estrategias, generando el 2008 un nuevo plan de salud mental, estableciéndose como propósito, la consolidación de una red de servicios de salud mental, orientada por los principios fundamentales del Modelo de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, concretados a través de la organización territorial de la atención, la integración de la red de salud mental, la integralidad de la atención, la intersectorialidad y la participación social.

El Plan de Salud Mental del S.S.M.S. 2008-2010, se estructura en cinco objetivos y diecinueve líneas de acción prioritarias. De esta manera, se establecen acciones concretas e indicadores de logro, a pesar consignar que esto impone “la máxima complejidad en salud mental, puesto que demanda una alta capacidad por parte de los equipos para realizar intervenciones en el medio socio-comunitario, promoviendo la máxima autonomía que cada persona puede alcanzar y la adaptación del entorno a sus necesidades” (SSMS, 2008).

Sin embargo, este proceso quedó inconcluso por el último cambio de gobierno y las adecuaciones estructurales realizadas en el Ministerio y los Servicios. Como resultado de lo anterior, actualmente las enfermedades mentales severas están fuera del

Programa de Salud Mental Integral de Atención Primaria, por lo que sólo algunos de los establecimientos de atención primaria, participan en la atención de personas con trastornos psiquiátricos severos estabilizadas, en una modalidad de cuidados compartidos con el equipo de atención ambulatoria de especialidad, dispensando los fármacos y administrando neurolépticos de depósito y en algunos casos disponiendo de algunas horas profesionales para su control y seguimiento.

Pese a lo anterior, la red de salud mental del SSMS, ha presentado un importante y sostenido desarrollo durante los últimos años, contando en la actualidad con múltiples establecimientos, equipos y/o dispositivos que abordan las distintas complejidades en salud mental.

Los principales ejes de desarrollo se han concentrado en los siguientes aspectos:

- La reconversión del Hospital Psiquiátrico El Peral, a través de la sustitución de las funciones que éste desarrollaba en otras instancias de la red y de la desinstitucionalización de las personas, egresándolas a hogares y residencias protegidas.
- La descentralización de la atención ambulatoria de especialidad, a través del aumento de la resolutivez de los COSAM y de la instalación de nuevos centros u equipos.
- La implementación del modelo de salud familiar en APS
- La organización de la red de acuerdo a los principios del modelo de salud mental comunitaria.

Sin embargo y de acuerdo a la información señalada a nivel país y del SSMS, aún es posible identificar brechas no cubiertas -e incertidumbre respecto de su superación-:

Asimilación plena del modelo comunitario a nivel de los equipos de salud mental del sector público de salud.

Activación y/o fortalecimiento de las organizaciones comunitarias vinculadas a la salud y desarrollo de vínculos entre éstas y otras organizaciones sociales de base, de manera de preparar el entramado social requerido el ejercicio del rol rehabilitador e incluso que debe jugar.

El mejoramiento de las condiciones presupuestarias en las que se desarrolla el proceso.

El diseño de estructuras residenciales adecuadas para personas con los cuadros psiquiátricos más graves o con mayores grados de discapacidad, que eviten la replicación de modelos masificados y reproductores de la institución total.

La modificación de la reglamentación de gestión y administración del sector salud, que en su diseño actual burocratiza y empantana el desarrollo de los programas de psiquiatría comunitaria.

Para esto, el Estado debe dar señales claras de avanzar en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Un modelo híbrido no permitirá que el nuevo modelo de atención se exprese en toda su potencialidad -recordemos que el rol regulador del Ministerio de Saludes una función que se ejerce a través de un conjunto de leyes, decretos, reglamentos, circulares, normas y otros instrumentos que permiten el diseño, evaluación, control y monitoreo de procesos técnicos y administrativos del sistema de salud-.

Todo lo anteriormente expuesto no implica desconocer los avances en gran parte de los aspectos de la reforma psiquiátrica: se han elaborado Planes Nacionales de Salud Mental y Psiquiatría insertos en las políticas de Estado en materia de Salud Pública; se han hecho esfuerzos normativos notables –aunque insuficientes- sobre las prácticas en salud mental; se ha creado una red nacional de salud mental y se ha incentivado el desarrollo de redes locales y regionales con fuerte sentido comunitario, apoyando la puesta en marcha de experiencias pilotos con la implementación de respaldos adicionales mediante la llamada “área de demostración nacional”, sin embargo, vuelven a aparecer ciertas interrogantes, a veces relacionadas a otras dimensiones del fenómeno, que se considerará si abogamos por modelo integral de atención en salud mental.

¿Está dispuesto el país a implementar el modelo en forma integral, cubriendo las brechas de financiamiento y recursos humanos que lo hagan viable?

¿Cómo se aborda el cambio cultural de la sociedad, la que presiona por asilar a los enfermos mentales en instituciones?

¿Qué alternativas existen para la integración de personas con otro perfil de necesidades, como los crónicos?

¿Qué estrategias específicas adoptará el modelo de atención para dar respuestas adecuadas a las necesidades de la población psiquiátrica más compleja en un modelo comunitario?

¿Qué estrategias se deben implementar para generar respuestas intersectoriales a las necesidades sociales de las personas con discapacidad psíquica?

CAPÍTULO IV: MARCO METODOLÓGICO.

4.1.- Diseño de Investigación

Para el logro de los objetivos planteados, de acuerdo a las características de la investigación, optaremos por el levantamiento y análisis cualitativo de los datos, apuntando a la descripción del fenómeno de las representaciones sociales desde las propias experiencias de las personas en estudio y sus problemáticas asociadas.

En efecto, el enfoque de la Representación Social privilegia el análisis de los discursos y, por tanto, la entrevista abierta, los grupos focales y junto con el cuestionario se convierten en las técnicas que mayormente se utilizan. Por este motivo, se propone un diseño metodológico cualitativo en todos sus componentes (técnica y estrategia de análisis) y de carácter exploratorio.

Desde esta perspectiva, la investigación se abordará a través de la realización de grupos focales y entrevistas en profundidad con parientes directos, parientes indirectos y vecinos de personas con esquizofrenia, con la finalidad de identificar en sus discursos las representaciones sociales de la enfermedad y a partir de éstas, definir si éstas reproducen los aspectos discriminatorios, basados en el estigma de esta patología.

El análisis de la información se realizará mediante un enfoque inductivo, de manera de explorar el fenómeno a partir de los significados simbólicos de la esquizofrenia, que se estructuran a partir de las experiencias propias de quienes componen las redes sociales primarias de las personas con esquizofrenia, intentando comprender de manera integral las dimensiones en que expresan estas representaciones sociales y determinar si pueden actuar como factor facilitador para integración social o como obstaculizador de los procesos de inclusión social que implica la rehabilitación en la comunidad.

La opción metodológica apunta, de este modo, a contar con mayores elementos para una comprensión en profundidad de lo estudiado, de acuerdo además a las posibilidades que se presenten a lo largo del proceso de investigación. En este sentido, el uso en esta investigación de una epistemología socioconstructivista, una metodología cualitativa y la realización de entrevistas semiestructuradas como técnicas de recolección de datos responderían adecuadamente a estas demandas de

compatibilidad entre el estudio de las representaciones sociales y las metodologías de investigación que den cuenta adecuadamente de éstas.

4.2.- Tipo de Estudio.

Para la ejecución de la investigación se desarrollará un estudio de carácter exploratorio descriptivo, que nos permita identificar las distintas dimensiones o núcleos temáticos fundamentales en base a los que se estructuran las representaciones sociales. En la literatura se describe este tipo de investigación como el más para el abordaje de fenómenos poco estudiados, también se utilizan para una primera aproximación que luego puede ser profundizada de manera más focalizada por medio de diseños cuantitativos concluyentes.

En el caso de la presente tesis, a pesar de existir gran cantidad de estudios respecto a la esquizofrenia, el estigma, la salud mental y la psiquiatría comunitaria, existe escasa información respecto de las representaciones sociales desde la red social primaria y de su eventual influencia en logro de las metas planteadas por la reforma psiquiátrica, en relación a los altos niveles de exigencia impuestos a los familiares o la red social primaria de pacientes con Esquizofrenia a través del modelo de rehabilitación con base comunitaria.

4.3.- Población de referencia.

La población de referencia está compuesta por los familiares y vecinos de personas con esquizofrenia, que se han relacionado con el sistema público de salud mental, en el marco del tratamiento y rehabilitación de éstas, pertenecientes a la región metropolitana.

4.4.- Herramientas de levantamiento de la información

Tal como se presentó anteriormente, las técnicas de recolección de información a utilizar en el estudio son el grupo focal y la entrevista en profundidad. Respecto a las opciones metodológicas y los fundamentos de realizar grupos focales con ciertos grupos y entrevistas con otros, esto se debió fundamentalmente a la factibilidad de acceder a los grupos objetivos proyectados y la posibilidad de complementarlos con entrevistas en profundidad.

El objetivo del proyecto original era realizar grupos de discusión con (1) familiares de la generación anterior, (2) familiares de la misma generación y (3) vecinos de pacientes esquizofrénicos. Para ello nos contactamos con organizaciones de familiares e instituciones que trabajan con pacientes esquizofrénicos (Agrupación Amigos de la Esperanza formada en el Hospital Diurno del Consultorio N°1; Agrupación de Familiares y Amigos de Personas con Discapacidad Psíquica AFADIS y la institución privada Reencuentros).

A raíz de los resultados de los primeros grupos de discusión, nos percatamos que las diferencias entre los familiares directos, ya sean de la generación anterior como de la misma generación del paciente, no eran tan marcadas como con los parientes indirectos, que muchas veces se segregaban totalmente de quienes vivían con el esquizofrénico.

En este aspecto, los hermanos (familiares de la misma generación) muchas veces ejercían como tutores de los pacientes, rol que normalmente estaría en abstracto reservado a los parientes de la generación anterior. Como lo que interesaba eran las diferencias entre las perspectivas de los distintos grupos, reemplazamos la dicotomía Familiares de la Generación Anterior v/s Familiares de la Misma Generación por la dicotomía Tutores v/s Parientes Indirectos.

A consecuencia de este cambio se dificultó el trabajo de ubicar grupos amplios de parientes indirectos dispuestos a colaborar con el estudio, problema que también se presentó, en cierta medida y en menor grado, con los vecinos. Debido a esto, se reemplazaron, para estos casos, los grupos focales por entrevistas en profundidad que en ocasiones abarcaron a varios parientes y vecinos, pero del mismo paciente.

4.4.1.- Grupos Focales

Los grupos focales son una técnica de recolección de datos mediante una entrevista grupal semiestructurada, la cual gira alrededor de una temática propuesta por el investigador. Se han dado diferentes definiciones de grupo focal; sin embargo, son muchos los autores que convergen en que éste es un grupo de discusión, guiado por un conjunto de preguntas diseñadas cuidadosamente con un objetivo particular

El propósito principal del grupo focal es hacer que surjan actitudes, sentimientos, creencias, experiencias y reacciones en los participantes; lo que no se logra fácilmente

con otros métodos. Además, comparados con la entrevista individual, los grupos focales permiten obtener una multiplicidad de miradas y procesos emocionales dentro del contexto del grupo.

El grupo de discusión permite conocer cuáles son las percepciones, opiniones, discursos y normas sociales operantes en los colectivos de familiares de personas con esquizofrenia usuarias de los Programas estudiados. La técnica permite reconocer las negociaciones que están presentes en los colectivos sociales. Lo que hace el grupo de discusión es develar de manera objetiva □ mediante el consenso intersubjetivo (Ibáñez, 1979) aquellas representaciones sociales que operan como gatilladoras de los comportamientos y actitudes sociales y que en el mundo de la vida cotidiana (contexto socio-histórico) son el sustrato invisible que forma la red de sentidos comunes

4.4.2.- Las entrevistas en profundidad.

La entrevista en investigación social es, básicamente, una situación conversacional entre dos personas, un entrevistador y un informante, en una relación cara a cara, dirigida y registrada por el entrevistador con el propósito de favorecer la producción de un discurso, de una conversación continua y con alguna línea argumental desarrollada por el entrevistado sobre un tema definido en el marco de una investigación. En esta situación, el entrevistado es considerado como el portador de una perspectiva, la que se elabora y manifiesta en la conversación con el entrevistado.

La entrevista no se considera una conversación normal, si no una conversación formal, con una intencionalidad, que lleva implícitos unos objetivos englobados en una Investigación.

En la entrevista semiestructurada, se determina de antemano cual es la información relevante que se quiere conseguir. Se hacen preguntas abiertas dando oportunidad a recibir mas matices de la respuesta, permite ir entrelazando temas, pero requiere de una gran atención por parte del investigador para poder encauzar y estirar los temas. (Actitud de escucha)

Para el carácter de esta investigación, se asumirá el enfoque de aproximación Sujeto-sujeto, en el que la entrevista es definida como una interacción verbal que permite la obtención de discursos entre sujetos determinados socio-históricamente. El discurso

es obtenido con poca interferencias del entrevistador, por medio de intercambios verbales poco estandarizados.

En este sentido, se adecua a nuestro enfoque metodológico (cualitativo) y a los aspectos que necesitamos conocer de los individuos seleccionados en la muestra. Al respecto una definición de Taylor y Bogdan de las entrevistas "encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, estos encuentros se encuentran dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como lo expresan en sus propias palabras" (Taylor y Bogdan, 1986, p. 69)

4.4.3.- Guión Temático -Pauta de conversación.

La interacción en la entrevista y en los grupos de discusión se funda en la apertura a la comunicación en base a las reglas establecidas previamente.

Para la consecución de los objetivos, la literatura recomienda que el marco mínimo establecido debe ser al menos un guion temático, que cubra todos los temas que interesan al investigador, pese a que no necesariamente debe estar estructurado de manera secuencial, pues interesa el abordaje de todas temáticas, pero no su orden, ya que no está analizando la situación en particular del entrevistado o de cada uno de los participantes en los grupos focales, sino la determinación de las representaciones sociales.

De esta manera, las situaciones personales que se relaten serán analizadas a la luz del contexto sociocultural que interesa destacar e la investigación. Con estas prevenciones, a continuación se expone el guion temático utilizado para el levantamiento de información.

1.- LA ESQUIZOFRENIA

CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD.

DIAGNÓSTICO MÉDICO (CÓMO SE ENFRENTÓ EN LA FAMILIA EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD EN SU FAMILIAR).

2.- CRISIS PSICÓTICAS. IMPACTO Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON LAS CRISIS.

IMPACTO EMOCIONAL DE LAS CRISIS.

- *¿Qué impresión les causó la primera crisis de su familiar afectado?*
- *¿Que pensaban uds. que estaba sucediendo?*
- *¿Existen dificultades en la familia para entender a la persona afectada?*
- *¿Cuál es la percepción de las conductas extrañas y llamativas del familiar?*
- *¿Cuales fueron los principales problemas (emocionales y prácticos) que le produjeron a Uds. las crisis de su familiar?*
- *¿Que es lo que más les preocupa o preocupaba de las crisis de sus familiares? (Miedo por posible agresividad, miedo por que pueda hacerse daño a si mismo o poner en situaciones a otras personas, miedo a que el familiar afectado haga el ridículo)*
- *¿Cuál era la máxima preocupación en los tiempos de crisis de sus familiares?*
- *¿Cuál es o era la actitud de la familia (familiares directos y demás parientes) frente a las crisis en lo cotidiano?*
- *¿Cuál es o era la actitud de la familia (familiares directos y demás parientes) frente a las crisis en lo hospitalario? (Internación inclusive)*

PROBLEMAS PARA MANEJAR AL FAMILIAR DURANTE LAS CRISIS.

- *¿Tuvieron muchos problemas para manejar o controlar a su familiar durante las crisis?*
- *¿Cuales fueron estos problemas?*
- *¿Cuál era el grado de obediencia o porfía de su familiar para seguir los consejos?*
- *¿Tienen o tuvieron problemas para impedir que la persona afectada ponga en riesgo su seguridad o la de los demás?*
- *¿Tienen o tuvieron problemas para impedir que la persona afectada se ponga en situaciones complicadas para él o los demás?*

PROBLEMAS EN LAS RELACIONES SOCIALES TANTO DEL GRUPO FAMILIAR, COMO DE LA PERSONA AFECTADA POR LA EQZ

- *¿En que forma afectaba al grupo familiar la percepción de los demás de las crisis de su familiar?*
- *¿Existe miedo a que la familia sea señalada con el dedo por los vecinos o demás parientes por causa de las crisis de su familiar?*

- *¿Se han visto afectadas las relaciones del grupo familiar con su entorno social (demás parientes y vecinos fundamentalmente) producto de la esquizofrenia de su familiar?*
- *¿Que problemas se presentaron al interior de la familia (entre los familiares directos y los demás parientes) producto de las crisis?*

3.- EL TRATAMIENTO O TERAPIA

ACTITUD DE LA FAMILIA FRENTE A LA TERAPIA (PARTICIPACIÓN)

- *¿Cómo se ha involucrado la familia en el tratamiento médico o terapéutico de su pariente?*
- *¿Cómo han asesorado los profesionales (médicos y terapeutas) a la familia tanto para el tratamiento de su familiar, como para superar el impacto de las crisis y de la enfermedad en general en el núcleo familiar?*

OPINIÓN RESPECTO DE LOS PROFESIONALES (MÉDICOS Y TERAPEUTAS)

INVOLUCRADOS EN EL TRATAMIENTO O TERAPIA.

- *¿Cuales han sido los principales problemas que han tenido en relación al tratamiento médico y terapéutico de sus familiares?*
- *¿Que opinión tiene respecto de la labor desarrollada por los profesionales que han tratado a sus familiares?*

4.-SOCIALIZACIÓN DE PERSONAS CON EQZ

DESEMPEÑO DE ROLES SOCIALES DE CARÁCTER DOMÉSTICO Y RELACIONES INTERPERSONALES EN LA FAMILIA.

- *¿Desempeñan sus familiares labores domésticas?*
- *¿Cómo consideran que se desempeñan en casa, en tareas simples o complejas, sus familiares con EQZ?*
- *¿Cómo se desarrollan las relaciones interpersonales de sus familiares con EQZ con los miembros del grupo familiar?*

DESEMPEÑO DE ROLES SOCIALES DE CARÁCTER NO DOMÉSTICO (LABORAL) Y RELACIONES INTERPERSONALES EN EL TRABAJO.

- *¿Desempeñan sus familiares algún trabajo remunerado o no doméstico?*
- *¿Cómo consideran que es el desempeño en el trabajo, ya sea en tareas simples o complejas, de sus familiares con EQZ?*
- *¿Cómo se desarrollan las relaciones interpersonales de sus familiares con EQZ con sus compañeros de trabajo?*

CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para el análisis de la información se trabajará identificando las categorías emergentes en los discursos y vinculándolas a los objetivos de la investigación.

Para esto, primero se realizará una lectura independiente de cada uno de los grupos de discusión y entrevistas en profundidad realizadas.

Posteriormente, para realizar el primer acercamiento descriptivo, se realizará una codificación abierta, consistente en el establecimiento de códigos que fragmentarán el texto y permitirán la reordenación de éste en base a las categorías relevantes definidas. Se construyen categorías en función de la semejanza del material que se está analizando y que permite organizar la información.

Luego, las categorías surgidas en la revisión son analizadas a la luz de los objetivos de la investigación dando paso al análisis relacional, en el que se interpretarán los hallazgos, vinculando las distintas categorías, cuando sea necesario.

En esta etapa recién se inicia la interpretación a la luz de la teoría (por ejemplo desde nuestro enfoque de la Rehabilitación con Base Comunitaria), la experiencia de los investigadores, la pregunta de investigación, objetivos, etc.

Cabe señalar que el análisis de datos cualitativos supone la división en segmentos o unidades, sobre todo si son citas textuales (Rodríguez, Gil, García, 1999). Los criterios son muchos, el utilizado en la presente tesis es el guion temático, ya que se consideran "unidades en función del tema abordado" (Rodríguez, Gil, García, 1999, p. 207).

Respecto de la categorización de los datos, estas pueden ser predefinidas por el investigador o bien que surjan a medida que se van analizando los datos. Si sucede lo primero, el investigador se apoya en el marco teórico y conceptual o las hipótesis (Rodríguez, Gil, García, 1999). Pero hay que tener en cuenta que la elaboración de categorías es un juicio de valor, por lo que difícilmente dos investigadores llegarán siempre a las mismas unidades de análisis, por lo que es importante la comparación y relectura de las entrevistas (Rodríguez, Gil, García, 1999).

Las categorías también se pueden establecer a medida que se vayan leyendo los datos, es decir mediante lo inductivo: “al examinar los datos vamos reflexionando del contenido de los mismos, nos preguntaríamos por el tópico capaz de cubrir cada unidad. De este modo se van proponiendo categorías provisionales, que a medida que avanza la codificación pueden ir siendo consolidadas, modificadas o suprimidas a partir de la comparación entre los datos agrupados bajo una misma categoría, o a partir de la comparación con los datos incluidos en otras diferentes” (Rodríguez, Gil, García, 1999, p.210).

En la práctica investigativa, generalmente son utilizados ambos métodos (a priori o inductivo), lo que finalmente produce es la ampliación o reducción de ciertas categorías, o a medida que avanza en la recopilación de otros datos, las unidades de análisis pueden ser modificadas, ya que la visión del investigador también puede verse transformada (Rodríguez, Gil, García, 1999, p.211)

5.1.- Visión de los Actores. Análisis de Grupos Focales y Entrevistas en Profundidad.

Para el análisis de la información, considerando el primer acercamiento a los discursos realizado de las primeras lectoras de las entrevistas, se tomó la decisión de establecer como categorías de análisis, los aspectos abordados en el temario de entrevista o grupo focal referidos a:

- Conocimiento previo a la aparición de la enfermedad.
- Impacto de la aparición de la enfermedad en la familia
- Percepción de la persona con esquizofrenia y estigma.
- Discriminación hacia la familia y aislamiento social
- Posibilidad de autonomía y prejuicio familiar.
- Evaluación del tratamiento y proceso de rehabilitación.

Cada uno de estos aspectos será abordado de manera específica, finalizando con una Síntesis integrativa que nos permita comprender y aproximarnos al fenómeno de las representaciones sociales de la Esquizofrenia desde las perspectiva de las redes sociales primarias de personas con esta enfermedad.

5.1.1.- Conocimiento Previo a la Aparición de la Enfermedad.

Respecto del conocimiento previo a la aparición de la enfermedad, tanto padres familiares directos (Padres, madres y hermanos), como familiares indirectos (tíos y Vecinos) concuerdan en la precaria información que se disponía y ésta se relaciona a la imagen estereotipada de la locura, muchas veces influida por los medios de comunicación y su sesgo al presentar casos de esquizofrenia sólo de pacientes en crisis y asociadas hechos violentos. Además de la falta de conocimiento, refieren que ello aumentó su incertidumbre.

Vecino1: Yo en el parque Forestal he visto un tipo que tiene esquizofrenia y está suelto y él se corta los brazos y tiene así unos tajos, y muestra los brazos y dice que lo hizo por una persona, por una polola debe haber sido. Y uno queda así (asombrado).

Madre5: ¿Puedo contar mi experiencia?.. bueno, yo había escuchado sobre la esquizofrenia, había leído en revistas, y tenía la idea que toda persona violenta era esquizofrénica, y que el esquizofrénico era un ser muy terrible, que había que tener mucho cuidado con él, yo tengo una hija esquizofrénica y le empezó la enfermedad con una crisis religiosa, se metió a la casa, sin que nosotros supiéramos, le empezó a hablar del demonio, que nos iban a condenar, todas cosas que hablan los testigos de Jehová, y ella empezó a sugestionarse con eso, y empezó a decir que su hijo tenía el demonio dentro de si , que su marido también, en forma inmediata se la llevo al medico el que según los sintamos dijo que era esquizofrenia,

Hermano2: Yo veía reportajes en la televisión, entonces yo sabía más o menos de que se trataba. Sabía que la persona con Esquizofrenia tenía alucinaciones.

Vecina2 : Bueno, por lo que yo he sabido, es que con las crisis nerviosas, la mente empieza a cerrarse. Es como una presión, cuando uno sufre mucho, se va encerrando, encerrando, entonces hay momentos en que la mente explota, pero explota de otra manera.

Madre11: Yo sólo la conocía de nombre, y nunca pensé que estaba tan cerca de mí. Uno debe informarse, estar preparado, porque me he dado cuenta de muchas personas que es más fácil para mí reconocer que no es normal.

Madre3: Había escuchado la palabra, pero no sabía realmente lo que era. Cuando el médico me dijo que era un problema en cuanto a quienes, pero todavía no lo tengo claro.

Madre10: No tenía ninguna idea, y menos de que se trataba.

Padre1: No, antes de eso no tenía idea de que se trataba.

Madre6: Absolutamente nada.

Madre10: Yo recibí, con todo el estigma, de todos los medios de comunicación, que es la Esquizofrenia, y yo pertenecía al común de las persona, entonces claro que es un choque, que como le pasó a tu hijo.

Además del desconocimiento de la enfermedad, se hace patente la presencia del estigma y de la función nefasta de los medios de comunicación, al tratar estos temas sólo desde la perspectiva policial. El estigma asociado a la esquizofrenia y transmitido por los medios, sumado a lo poco que se conoce de la enfermedad, profundizan el impacto familiar de un diagnóstico de este tipo, que es percibido como una catástrofe - lo que se analizará en la siguiente categoría-.

5.1.2.- Impacto de la Aparición de la Enfermedad en la Familia

En general, la emergencia de la esquizofrenia provoca una desorientación al Interior de la familia, lo que se explica, además de la complejidad del cuadro clínico, por la falta de información que hay respecto de la enfermedad.

En este aspecto se hace patente la internalización de representaciones sociales negativas del esquizofrénico y del origen de la enfermedad, en la familia, en donde se reproducen alusiones incluso con componentes religiosos o mágicos respecto de la aparición de la patología.

La aparición enfermedad es vivenciada como un episodio totalmente traumático por la familia.

Padre1: Yo creía que era posesión diabólica.....Yo veía así a mi hijo, digamos, porque no sabía que le pasaba, tenía una fuerza increíble, rompía vidrios, como el exorcista, al menos yo así se manifestaba.

Madre3: A uno como que se le cae todo arriba, no lo se, es terrible, y de allí hay que empezar a pensar que es lo que puedo hacer, como lo puedo sacar, empezar a moverse con el.

Madre12: La primera impresión que tenemos cuando nos dicen que está enfermo de la cabeza, nos da rabia. Uds. no saben nada, como va a ser eso. Uno no lo acepta.

Padre2: Había una confusión inicial, a nosotros nos toco –yo tengo dos hijos con esquizofrenia- que el mayor nació con disfunción mínima, tenía problemas de lenguaje, en el colegio le iba relativamente bien, pero en la pubertad comenzó a tener los primeros síntomas, y al tiempo después se le declara la esquizofrenia. El caso del segundo fue mas dramático porque el estuvo en un intercambio en EEUU, tenía 16 17 años, volvió como punk, bueno, era la moda de los adolescentes, así no le hicimos caso, pero comenzó a fallar en el colegio, y lo tuvimos que cambiar, y antes del cambio, un 17 de septiembre, se fue con la cabeza sobre el plato, había tenido una crisis muy aguda.

Madre12: Una se asusta, no sabe que hacer porque piensa que a mi también me van a agredir.

Padre2: Desde el punto de vista eléctrico, sería un caos en que hay “cables” que están sueltos y que no hacen contacto. Pero ello no implica que el motor no sea bueno, entonces lo que falta es la comunicación, el hecho químico, digamos.

Madre3: Nosotros pensábamos que eran brujerías, cosas que le hacían a ellos. Pero una no haya donde acudir, porque son los cambios mentales de

ellos. Uno se pregunta ¿qué está pasando a mi hijo, le han hecho algo?. Es lo primero que uno piensa.

Madre1: Generalmente uno lo atribuye a los conflictos de la adolescencia, y por ello van a aparecer, ya que tienen 15 o 16 años, y los cambios se derivan de esa etapa, pero obviamente no era así.

De acuerdo a lo anterior, sumado a la falta de conocimientos de la enfermedad, provoca que las representaciones sociales prevalecientes sean vinculadas a estigmas, basados en prejuicios que no colaboran mucho, al momento de pensar en la integración e inclusión social y del papel que deben jugar los familiares y las redes sociales primarias desde el modelo de salud mental y psiquiatría comunitaria.

Esta suerte de desinformación generalizada respecto a la enfermedad, además de propiciar explicaciones de carácter mágico-religioso respecto de su aparición, provoca una gran ansiedad en los padres, respecto de la responsabilidad que les pueda caber en la aparición del brote, ya sea desde lo genético o desde lo relacional.

Padre3: En nuestro caso, cuando supimos, fui a registrar todo mi árbol (genealógico), para ver que pasaba, y con la familia, porque de pronto uno se puede sentir culpable, porque uno piensa, a lo mejor tendré un problema, entonces, bueno, me puse a ver lo mío y ella lo suyo, me puse a estudiar, de donde venía, como se producía.

Madre12: lógicamente un impacto bien grande para los padres, yo con mi marido estábamos separados, y empezamos a ver quien tenía la culpa, empezaron las culpabilidades mutuas: que porque te fuiste de la casa, porque dejaste a la niña sola, y viceversa, y es un drama terrible, y aunque a uno le digan que no es culpable, durante muchos a nos sentimos así, porque éramos parte de la raíz del problema de la niña, porque no sabíamos lo que realmente era la esquizofrenia, con el tiempo nos dimos cuenta que no éramos culpables porque hay niños con situación social dramática, y no son esquizofrénicos.

Madre10: Uno se empieza a preguntar que hice mal, y también se culpa con el marido. Y llega a la conclusión, después de que se tranquiliza un poco, en mi caso, que yo creo que en este mundo todo tiene solución,

después del terremoto, del impacto, del shock, llámalo como quiera. Es un problema que yo no tengo que preguntar el qué, sino que el para.

Madre10: El padre me acusaba que yo lo estaba enfermado, así que ahí chaito no más. Aquí yo no lo hago porque quiero, sino porque es lo que se puede hacer. El papá era muy renuente a aceptar el diagnóstico, el decía que no. Le ha costado, y a mi hermano le cuesta, pero ha tenido que cambiar y entender.

Hermano3: Esta la asociamos a que el papá se fue, una cosa muy sentimental, porque él era muy apegado a él. Nosotros nunca vimos algún síntoma, que algo fallaba, pero lo que sí, es que siempre fue muy sentimental.

Relacionado a lo anterior, en términos del impacto y la carga que se imprime a la familia, podemos hacer destacar reiteradas menciones respecto de la incapacidad de los padres (hombres) de aceptar, en primera instancia el diagnóstico.

Madre3: Bueno, mi marido, que se murió dijo: como me pudo haber pasado esto a mi, y yo le dije: no le paso a UD, le paso a él, entonces hay que asumirlo, empezar a ver los médicos y ver como tratamos , porque por supuesto tenia desequilibrio.

Madre2: Parece que los maridos reaccionan de esa forma, mi marido, que en paz descanse, no lo asumí nunca.

Madre1: Mi marido tampoco acepto que su hijo estaba enfermo.

Otro de los problemas referidos por los padres vinculados a la confusión inicial tiene que ver con la falta de diagnóstico claro respecto de la enfermedad, que provoca una gran ansiedad, ya que además de lo dificultoso que es aceptar el diagnóstico de una enfermedad que está rodeado de estigmas y discriminaciones, se debe lidiar con indefiniciones desde los mismos equipos de salud, que, ante el desconocimiento, surgen como el referente de las familias en cuanto a las decisiones a tomar para el tratamiento y rehabilitación.

Padre4: En un momento dijimos, ya queremos saber que es. Entonces que pasó: se juntaron 5 médicos y cada uno dio su diagnóstico, y al final nos dijeron, si efectivamente es Esquizofrenia, eso fue terrible.

Padre3: Inmediatamente no tuvimos el diagnóstico de la Esquizofrenia. Esto fue hace dos años ¿no?, pero en la clínica, la Doctora Baeza nos dijo que se trataba de Esquizofrenia.

Madre20Abuela : En mi caso es distinto, porque a esta chiquita yo la tengo desde el '73, nació prematura. La mamá murió de cáncer. Cada vez que la llevaba a una parte me decían que tenía que hacerle estudio neurológico. El noventa y tantos me dicen que era Esquizofrenia, ahora, hace poco, me dijeron que no, sino que es una psicosis mental no se cuanto. He andado todos estos días para acá y para allá con la niña. Yo en realidad quiero saber que es lo que ella tiene. Todavía no ha tenido el diagnóstico. Que es un retardo mental, una psicosis no se cuanto, pero yo tengo papeles que dicen que es una Esquizofrenia y todo lo demás, así que no entiendo.

Madre12: En realidad yo no sé que pensar. Porque no en todos los casos a los jóvenes le viene en la adolescencia porque mi hijo cuando se le declaró, tenía más o menos 20 años. En parte fue llevado su diagnóstico, el que no fue hecho por un psiquiatra, sino por un psicólogo. El psiquiatra decía que era una depresión no más, y que con estas pastillitas se le va a pasar y va a estar bien.

Padre5: Recién a los 2 años, batallando, en una junta médica me dijeron que el problema que tenía mi hijo se trataba de Esquizofrenia...y por sólo hecho de haberlo dejado en el hospital, mi señora me decía “yo no lo quiero dejar”, pero que iba a hacerle yo, si él médico dijo que había que dejarlo, para examinarlo, ver que tenía.

Padre2: El caso mío fue lo contrario, ya que fue un alivio saber que tenían una enfermedad físicamente explicable porque los dos empezaron a hacer cosas muy extrañas: violencia, se escapaban de la casa, mi hijo quiso suicidarse, estuvo tres meses perdido fuera de la casa, eran actitudes totalmente anormales, como que alguien se posesionaba de ellos, y

echaban garabatos, y quedaba la escoba. Estuve varios años con varios médicos, y nadie me daba alguna explicación, hasta que vi a una doctora que tenía mucha experiencia y me dijo: “no, si su hijo tiene esquizofrenia”, así que para mi fue un alivio dar una explicación lógica, científica a algo que yo realmente pensaba que era demoníaco.

En esta última cita, se expresa lo complejo del diagnóstico, sin embargo, también nos permite un acercamiento a las representaciones sociales de la enfermedad en la familia directa, donde muchas veces no se asume el componente socio-familiar en el soporte y la integración de los familiares afectados desde su círculo más cercano, pasando desde las explicaciones mágico-religiosas del origen al descanso en los postulados de la ciencia para la efectividad del tratamiento, pero no consideran las redes de integración, que son indispensables para una rehabilitación efectiva, buscando muchas veces sólo información de las causas externas de la enfermedad y deslindando responsabilidades familiares en la recuperación.

Posteriormente a la comunicación del diagnóstico, se pasa a la etapa de aceptación y de análisis de alternativas de tratamiento, sin embargo, relacionado a ello se identifica otra de las dimensiones en que denota mayor impacto en la familia, se refiere a lo económico, también claramente relacionado a la falta de certeza en los diagnósticos. La emergencia de la enfermedad y particularmente su desarrollo en los primeros años tiene un impacto económico negativo en las familias porque estas tienden a acudir, en primera instancia, al sector privado de salud. Este gasto representa un retroceso significativo en la ya precaria situación económica de estas familias y, a su vez, se hace insostenible mantener a la persona en tratamiento en la salud privada.

Padre2: Exactamente, entonces yo le pregunte a la doctora si esto tiene tratamiento.. ¿es caro?, si, bueno no importa vamos a hacer el esfuerzo para que mis hijos salgan adelante y esto es muy importante porque la esquizofrenia de ellos, justo se desato en la pubertad y mi señora falleció de una enfermedad súper extraña, y bueno a los dos se les desato mas o menos a la misma edad, así que yo creo que allí hubo un gatillazo, porque la muerte de mi señora les impacto a ambos y algo se desato, independiente que genéticamente hallan tenido algo latente.

Padre5: Mi hijo había pasado más de años, desde los 16, más tiempo en el hospital que en la casa....El doctor Wood, que era Director del hospital

lo vio en forma particular, y viéndolo 2 o 3 veces, me dijo: “mire, hay que internarlo”. Empecé también a buscar médicos, y buscando y buscando una persona me recomendó al doctor Wood, que era el Director del Siquiátrico El Peral. Lo trató con unos remedios, que lograron tranquilizarlo. Me dijo: “mire, yo trabajo en la Clínica El Carmen, si puede llévelo allí”. Estuvo 8 meses, y sólo soy carpintero, así que con esfuerzo lo tuve allí, pero no apareció ninguna mejoría. Pero él los manejaba. El Doctor me dijo: “si a él le hubiesen tratado la Esquizofrenia cuando apareció, fuera del hospital, yo creo que no habría caído internado. Allí reventó”.

Madre10: En mi caso no, un desánimo muy grande. Cuando tuvo las crisis, buscando el tratamiento, te vas empobreciendo, gastando lo que no tienes, porque pagas todo por tu hijo. Gran parte de mi esfuerzo laboral, moral fue el tratamiento de Carlos, y en buena hora.

Madre21: Hemos tenido de todo, médicos agradable, médicos que han trabajado con nuestros hijos que se han preocupado. También los hay muy negociantes, que aprovechan la debilidad y la desesperación de los padres que no hayamos que hacer cuando nuestros hijos tienen crisis, no hayamos a quien recurrir.

Madre20Abuela: Si tu no tienes 15, 20, 30 mil para que alguien te vea el examen, y sin ellos no se puede trabajar.

Madre13: Bueno, no es por hacerle publicidad, pero al principio uno vende todo, y paga las mejores clínicas, las que al final son las mas malas. En el hospital psiquiátrico de Universidad de Chile, que fue la tercera vez que se internó, y de ahí los dos, mi hija y mi hijo, los salieron bien. Mi hijo salió con el Leponex, y mi hija con la Olanzapina y se han mantenido bien. Todos los otros años, nada. Yo recomiendo ese hospital, porque hacen un tratamiento integral, noes sólo un medico. Hay terapeutas, sicólogos, es algo completo, como lo que ellos necesitan.

Respecto del impacto familiar, los hermanos en general emiten opiniones menos dramáticas planteando disposición a cooperar en la rehabilitación del paciente, sin

embargo, los que han asumido el rol de tutores de pacientes con Esquizofrenia, refieren otro nivel de conflictos dados por el deterioro de sus relaciones con su propia familia (Esposa (o) e hijos (as)) a raíz de la enfermedad y de que se produce discriminación desde la red social primaria, a partir de representaciones sociales negativas basadas en comportamientos extraños o, que en general, son poco comprendidos y tolerados por otros distintos de la familia nuclear.

Hermano1: en mi caso trataba de comprender algo, y mi señora era más impaciente, me decía que lo obligara a bañarse, pero yo no tenía el físico como para tomarlo y llevarlo a que se bañara. Y como no tenía conocimiento, no tenía como actuar, si se ponía agresivo. Me ponía nervioso, lo que me causaba roces con mi señora, que me decía que lo tratara más duro. Pero yo no sabía como iba a reaccionar, porque jamás me había enfrentado algo así.

Hermano4: Mi señora le tenía terror, no quería que estuviera cerca. Imagínese, por un lado de se trata del hermano, pero por el otro tengo mi casa, mi esposa. Uno queda al medio, que hace.

Hermano3: Claro, uno terminaba siendo un escudo entre mi señora y mis hijos, y mi papá. Se provocaban problemas internos, pero yo siempre trataba de llamarle la atención para que el asunto no pasara a mayores. A mi me pasa que cuando he discutido por Alejandro con mi señora, ella me dice, bueno, te vas con tu hermano. Tu hermano, o yo. Entonces, la crisis pasa al interior de la familia.

Hermano4: La señora, antes que nada, quiere ser la esposa y la dueña de casa. El problema es el hermano, a uno lo ponen entre la espada y la pared. Tanto así que cuando tenía roces entre mi papá y mi hermano, mi señora defendía a mi papá, quizás yo era duro, me decía que no tenía sentimientos. Él protegía a mi hermano, pero él dejó de trabajar, le entró la flojera, andaba abrigado cuando había sol, cosas así. Yo notaba que él tenía que ir al médico, y cuando yo le empecé a decir algunas cosas, él empezó a poner una barrera entre mi señora y mi hermano.

Hermano3: Entonces hubo un momento en que mi señora no lo aceptaba, y yo le decía, pucha, es mi hermano, y ella me decía, que no era problema

de ella. Empezaba a pelear por culpa de él, con mi señora, andaba mal con mis hijos. Un día, él se levantó, y vi que algo sonaba en la cocina, me levanté, y le pregunté que tenía detrás, y tenía tijeras de cortar pollos. Se iba a matar, y le dije, que pasaría si un hijo mío te ve cortando las venas, como va a quedar mis hijos. Con tanto problemas, al final busqué donde internarlo. Uno busca proteger a su familia, porque claro él es mi hermano, pero también debo proteger a los míos.

En cuanto a la opinión de familiares indirectos y vecinos, éstos no se refieren tan emotivamente al impacto de la enfermedad en la familia nuclear, probablemente por no tener la vivencia directa de las crisis, pese a lo anterior, se entiende lo complejo de la situación para la familia, pero discursivamente se hace más foco en las capacidades de superación en la familia.

En general, las familias indirectas o redes sociales primarias, tienen un registro positivo del esfuerzo y de la propia voluntad de salir adelante que comprometieron en este proceso y que les acarreo modificaciones profundas en la organización de la vida familiar. Sin embargo, la participación de estas redes en la integración de la persona con esquizofrenia es mínima y, como se verá más adelante, las redes efectivas se reducen a la familia nuclear, por lo que estas opiniones se pueden explicar, en parte, por el hecho de que no han tenido un contacto experiencial mayor, que les permita evaluar en su total dimensión el fuerte impacto que produce el diagnóstico, como si es percibido y verbalizado por los familiares directos.

Vecina1: No, la Sra. Angélica siempre decía que tenía un hijo que andaba fuera, que dormía en la calle y ella sufría mucho por eso. Después venía hacer desorden en la casa, y cuando llegaba se le iba encima, los empujaba. Pero después nunca ocultó que su hijo es enfermo, a toda la gente le ha dicho, y eso le ha servido mucho.

Tío1: Yo creo que lo han asumido bastante bien, no creo que se repriman por el hecho de tener un hijo con Esquizofrenia. Además, como ahora ven que Andrés está mucho mejor, les ha levantado el ánimo. Hay más esperanzas.

Tía2: Nosotros teníamos sólo noticias de que la familia estaba mal por eso. Nosotros llegamos cuando Andrés tenía 21 años, el año '94 y ahí recuerdo que tuvo una crisis grande.

Tía1: Si, como familia, claro que si, ha sido un golpe fuertísimo. Yo como tía para mí fue tremendo saber que mi sobrino estaba sufriendo esa enfermedad, segundo imaginarme el dolor de mi hermana, porque yo pensaba, que esto sería una cruz para toda la vida, y una enfermedad que no tiene remedio, se podrá mantener en el tiempo, recibir sus dosis, eso siempre y cuando tenga los medios económicos, y si no lo tienen, hasta ahí van a llegar. Como familia es realmente traumático, es doloroso, es una pena tremenda, es una gran impotencia de saber que no se puede hacer nada, porque es su mente la que gatilló y lo hizo mal.

5.1.3.- Percepción de la Persona con Esquizofrenia y Estigma subyacente.

Respecto de las representaciones sociales de la enfermedad, esta se ve influida en gran medida por las actitudes que desarrollan los pacientes en los periodos de crisis, lo que queda de manifiesto al analizar los discursos en lo que se mencionan, como las actitudes características o “representativas” de la esquizofrenia, a los síntomas positivos o negativos, que se presentan fundamentalmente en periodos de descompensaciones, pero no que constituyen, necesariamente, rasgos centrales del carácter o personalidad de quienes padecen de este trastorno o aspectos que los definan integralmente, en cuanto personas.

Madre12: Pero también está el hecho de que son sumamente agresivos, no violentos, pero si agresivos. Yo recuerdo a mi hija, antes de tomar los últimos medicamentos, que estando en mi casa, agarró la olla y la tiró al lavaplatos.

Padre1: Yo recuerdo que mi hija tomó la secadora y la tiró por la ventana, una cuestión que es súper pesada.

Padre4: Bueno, las percibían en defensa nuestra, ya que decían que nos iba a volver locos a nosotros dos. Las primeras crisis eran brutales, como que atacaba, un día poco menos que me atacó con un serrucho. Pero posteriormente se le ha quitado la agresividad física, quedándole la

agresividad de palabra. Ahora, hoy día, él me insultó porque él lo quiere todo, y allí hay un problema.

Madre15: Bueno, él siempre tuvo alucinaciones, escuchaba voces, pero no que le mandaran o le dieran órdenes. Siempre han sido cosas, como voces que le dicen hartas cosas, pero no entiende lo que le dicen.

Madre12: Cuando se le pone una idea en la cabeza, no hay que llevarles la contraria, porque allí se ponen agresivos. Esa es la parte que uno le teme. Es tanto así, que las voces dicen “desobedece a tus padres porque te están matando”. Y no obedecen y se revelan en contra de los padres, y pueden hasta agredir.

5.1.4.- Discriminación Hacia la Familia y Aislamiento Social

En estrecha relación al punto anterior, muchas veces, incluso se justifica de alguna manera en abandono que sufren las familias y la suerte de aislamiento social, a raíz de los episodios de crisis en que han estado presentes otros familiares, determinando. La enfermedad produce un alejamiento de quienes componen la red social inmediata de las personas con esquizofrenia y sus familias. Por una parte, las conductas del paciente son, en general, poco comprendidas y toleradas por otros distintos de la familia nuclear.

Así, esas mismas conductas terminan siendo motivo de rechazo de la red social de referencia (familiares y amigos). Cuando se trata de relaciones de parentesco, el alejamiento puede ser interpretado como una pérdida definitiva de los vínculos familiares pues se asume que la enfermedad es en sí misma una imposibilidad de seguir compartiendo una vida social común.

Madre12: Se han encontrado en momentos que han estado familiares míos, hermanas, donde han explotado crisis, ellos huyen porque le tienen miedo. Son agresivos, mi hijo viene saliendo de una crisis que tuvo hace 15 días. El rompe cosas, rompe la puerta de su pieza.

Madre8: Yo no se si les ha pasado alguna vez, uno sale, ahora estamos reunidas tranquilas, pero antes uno volvía a la casa pensando que podían estar colgados, cortados o muertos, entonces es dramático, porque

siempre se vive en tensión. Yo tengo dos hijos y los dos tienen la enfermedad, y como que se cansan de la vida, se cansan de tomar tanto remedio y de ver mejoría, de estar dopados. Esa parte los enoja.

Madre3: Exactamente, es la idea de que su hijo es raro, es distinto, socialmente, por ejemplo, en la casa de sus hermanas, al principio, se paraba y se iba, esto era muy complicado, porque mi hija se sentía muy incomoda, lentamente fuimos captando que era así, por lo tanto lo dejábamos tranquilo, no le digan nada. Porque también tenía buena conducta, no era agresivo, era callado.

Madre5: Y el pariente, por mucho que la quiera a uno, el sobrino o el primo, es un temor que no pueden obviar. Si llega a la casa, no irá a influir en mi hijo, de repente es violento, si yo le digo cualquier cosa. La gente está con ese temor, que hemos tenido inclusive los padres cuando recién se le declaró la enfermedad a nuestros hijos, cierto, nosotros teníamos cierto temor.

Padre2: los primos de mis hijos viven bien retirados, solamente cuando nosotros participamos con la familia, participan ellos, pero no son capaces de llamarlo, y decirles, oye ven con nosotros, ven a vernos.

Hermano5: Es que mi hermano siempre fue especial, callado, apartado. Trataba de agredirse él mismo, y cuando le hacían burla, pasaba eso, que explotaba y reaccionaba contra él. A veces decía que se iba a matar, pero nunca lo hizo.

Hermano3: Luego, empezó a reaccionar violentamente, le quería pegar a mi mamá. No quería salir a comprar a ninguna parte, y por eso empezamos a notar que había algo raro. Y sobre todo de querer pegarle a la mamá. Pensábamos que era algo sentimental, porque se va un ser querido, y se le desataban esas cosas.

Hermana5: Mi hermano, por lo menos estuvo bien agresivo, y a mí me pegó, me agredió.

Hermana3: Que se altera mucho, y sino, no sabe de que se trata, como decía Susana, causa temor, hay que saber tratarlo.

Hermana4: En parte si, porque hay muchas personas con Esquizofrenia que no están muy compensados y producen problemas. Mi hermano está cien mil veces mejor, pero yo he visto casos terribles. Mi hermano en la forma en que se desenvuelve, se expresa, lo que hace a diario, lo hace en forma normal, pero hay muchas personas que no están compensadas, y por lo tanto no están aptas para un trabajo en la empresa, que involucre algo más complejo. Yo creo hay casos y casos, no todos son iguales.

Tía1: Y otra forma de Esquizofrenia que yo he visto en reportajes, ellos son muy violentos. El caso de mi prima ella es una persona muy violenta. Por eso te digo que evitamos verla, y cuando he logrado hacerlo, y que me da mucha pena no verla más seguido, me preocupa saber en que estado está, antes de invitarla a casa Incluso agrade a su madre que es con quien vive.

En relación a lo anterior, existe consenso, entre los entrevistados, de que en gran medida el distanciamiento de sus relaciones sociales se debe a los prejuicios que circulan acerca de la enfermedad. A la base de esos prejuicios se encuentra una discriminación implícita hacia las personas con esquizofrenia sustentada en el miedo a conductas anómalas que impliquen riesgos para quienes los rodean; en el imaginario colectivo esta presente, por ejemplo, la asociación entre la locura y la perversión sexual y la agresividad.

Tía2: Claro, ella (la madre) se hacía problema (cuando la abrazaba y besaba en público) porque él es grande, y ella decía, pucha, me quiere dar besos, que irá pensar la gente, en ese sentido se preocupaba, pero de esta señora, que está entre las mamás que se cuentan muchas cosas, se van dando los datos y eso era lo que la Leo le aproblemaba, que le quería dar besos en la calle, en la micro, entonces ella se sentía rara.

Muy relacionado a lo anterior, respecto de la integración del paciente desde la familia y de la integración de la propia familia en su entorno cercano y con la familia indirecta, se constata el hecho de que las redes sociales efectivas de los pacientes son muy atomizadas y que incluso escasamente se relacionan más allá del núcleo familiar.

Los familiares indirectos poco a poco se van distanciando y la familia reciente este fenómeno y reacciona muchas veces auto aislándose, para resguardo de la persona con esquizofrenia, que reciente ser vista y tratada de manera distinta, muchas veces directamente discriminada.

Hermana5: Había mucha crítica alrededor, que era flojo, que no hace nada. Entonces los familiares se empiezan a alejar y con los años a nadie le interesa.

Madre5: En el caso de mi hija, ella sentía que las personas la miraban distinto porque sabían que tenía la enfermedad, entonces tenía ese tremendo trauma interno, que me miran raro, me observan, cualquier persona normal se da cuenta que cuando la observan es porque es criticada, entonces ella empezó a aislarse de la familia, no iba a los cumpleaños de las sobrinas, ni de las tías, para que no la miraran raro, pero en la casa su actitud era totalmente tranquila, porque yo trataba de darle un ambiente lo más tranquilo posible, de darle mucho amor, comprensión, de hacerme como que no le daba importancia a las actitudes negativas de ella, es decir, hacerla valer como ser humano.

Hermano3: Ellos echan de menos a su familia, porque dentro de la enfermedad que se dan cuenta que tienen, se sienten solos, necesitan compañía. Ahora mi hermano que vive cerca de mí, yo paso a verlo todos los días, les llevo a mis hijos, juega con ellos. Pero se sienten solos, y sienten la necesidad de afecto, cariño, que uno los abrace, de conversarle de sus cosas, que como te ha ido, que estás haciendo.

Hermano1: El hecho de no saber nadie quería tenerlo cerca, y como uno no sabía de la enfermedad, le hablaba como a una persona normal, no había paciencia para comprender la enfermedad, y que tenía que usar terapia. En ese sentido no hay paciencia.

Desde otra perspectiva, el desgaste que produce la enfermedad, deja a las familias sin fuerzas para rearticular su vida social; los familiares directos optan por no hacer esfuerzos de integración más proactivos que les permitan una mejor calidad de vida

social, entendiendo, que podrían encontrar ahí recursos distractivos que les ayudarán a sobrellevar su situación.

Hermana5: Lo que a mí me pasa, es que trato de buscar apoyo, y no lo encuentro, la gente me dice que lo deje, si se hace el enfermo, que te preocupas. Al final asumo que estoy sola, y debo seguir sola.

Hermano3: Uno tiene que apechugar, no queda otra. Si no lo hago yo, quién lo va hacer. Tengo dos hermanos más que no quieren saber nada de él. Pero por mi parte, si fallecen, si sufren algún accidente, me da lo mismo, yo ya rompí todo tipo de relaciones con ellos. No estoy ni ahí, porque yo pasé las peores con mi hermano. No te ayudaron cuando realmente lo necesitaste. Cuando les comenté que estaba en la clínica, ellos, como si le hubiesen dicho cualquier cosa. Entonces, uno se empieza a quedar solo.

La atención de la persona con esquizofrenia es demandante y el impacto de la enfermedad es tan fuerte que termina por provocar que los padres y madres abandonen otros ámbitos de su vidas personales - como el profesional y social – y concentren sus actividades en torno a este nuevo escenario.

Padre2: Yo he logrado algunos avances con mi familia, educándola. He logrado que entiendan más sobre el tema, y la verdad que se han dado algunos pasos positivos. Al principio, como Ud. dijo, había un temor del acercamiento, hoy en día no, si es al cumpleaños de mis dos hijos van. Pero no es una relación fluida con ellos, es más bien de compromiso de cumpleaños, de casamiento, cosas así. Pero no hay una relación social amistosa, en que yo realmente quiero a mi primo, y por eso lo voy a ver.

Madre5: Si, claro que si. Pero, uno trata de decirle al pariente esta es una enfermedad aquí y allá, no son violentos, están realmente controlados. Ellos nos dicen, no claro, si no tenemos ningún problema, pero en la práctica no hay mayor interés.

Madre3: Es una la que les dice, que no se olviden de llamarlo, no se olviden de invitarlo.

Padre4: No, ninguno lo aceptaba (familia). Se notaba, mi hijastra, que es del primer matrimonio de mi mujer, no lo aceptaban, y tanto es así, que los hijos de ella, bueno, una de ellas, le hablaban que no se juntaran con el delincuente. Y familiares del marido de mi hija, que es medico y está en Santiago, decía que teníamos que encerrarlo, vamos toda la familia, échenlo de la casa, y a uno se lo dicen en su cara. Esa familia, te juro, una vez a la semana, estaban yendo a comer a la casa, los dos son médicos, marido y mujer, y los hijos también iban, a jugar en el vídeo, que se yo. Como Gregorio, nuestro hijo tenía estas cosas, las usaban. Es una cosa terrible, porque de repente se produjo esto y adiós, totalmente adiós, y todavía lo dicen.

Madre6: Lo que decíamos de la familia, mis dos hijas, me decían “pero si no es tu hijo, échalo” (hijo adoptivo), y para nosotros, imagínate es un cariño doble, es un niño que lo recibimos de 5 meses y 8 días, entonces tiene un doble sentido, me entiendes, una doble responsabilidad.

Padre4: En el caso nuestro ha sido una lucha permanente. En cuanto a la familia, nadie ha cooperado, lo único cuando se le internó, las dos veces que lo ha estado.

Madre19: Claro, los familiares preguntan que como está, que está haciendo, pero en forma superficial, por cortesía, no lo se. Pero ellos no lo vienen a visitar y a él tampoco le interesa.

Padre2: Queramos aceptarlo o no, hay discriminación. Porque las personas que son distintas las miran distinto, y de allí no salen. Porque además les tienen miedo.

Madre5: Entonces la gente dice: cuidado con el loquito, porque este es loquito.

Padre5: Algunos amigos, vecinos quisieron tratarlo, pero como no lo comprendieron, lo abandonaron.

Madre1: La familia son los papas, el enfermo, nada más. No hay abuelo, no hay tío, no hay primo, no hay nada. Muy poco. Y menos se puede esperar de los vecinos.

Madre12: Bueno, preguntan como está el primo, el sobrino, pero de ir a verlo, sacarlo, ni hablar, porque le tienen miedo.

Madre11: En el caso de la familia de mi marido es que son muy ignorantes, por lo que se desentienden. En realidad nuestra familia somos cuatro, y nada más.

Madre19: Claro, los familiares preguntan que como está, que está haciendo, pero en forma superficial, por cortesía, no lo se. Pero ellos no lo vienen a visitar y a él tampoco le interesa.

5.1.5.-Posibilidad de Autonomía y Prejuicio Familiar.

Además, El contexto en que vive la persona con esquizofrenia suele ser sumamente precario en términos afectivos y materiales, en muchos casos con preexistencia de otros problemas psicosociales hace que un diagnóstico de esquizofrenia sea un dato más entre otros múltiples problemas que la familia vivencia.

Sumado a lo anterior, como se puede observar en el discurso compartido, la persona con esquizofrenia es percibida por sus familias y redes primarias desde su discapacidad mental y social. Existe una suerte de imposibilidad para reconocer las potencialidades remanentes del paciente lo que se traduce en una falta de estímulos o - para ser más precisos – conversaciones que permitan ir dando lugar a la integración de la persona a una rutina común. De esta manera, aunque en discurso se considera que, estando compensados medicamente, pueden desenvolverse normalmente, cuando se indaga más profundamente en la capacidad de desarrollar habilidades que les permitan integración sociolaboral, las familias sólo consideran esto posible en la esfera de empresas sociales u hogares protegidos.

En esta sentido, las opiniones siguientes graficarán la actitud de sobreprotección que rodea estos planteamientos, la que pasa muchas veces por la infantilización de la persona con esquizofrenia. En el proceso de la enfermedad los padres y madres tienden a infantilizar al hijo/a con esquizofrenia; a pesar de que la experiencia grupal indica que la enfermedad emergió cuando éstos eran ya jóvenes o adultos jóvenes.

Madre17Hna: Eso es verdad, nosotros también tenemos el mismo problema, claro que hay que entender que muchas veces esto se produce por el niño que tenga el problema. En el caso de nosotros, Jorge, que ya no es un niño tiene 51 años, es una persona, que por ejemplo a la familia era capaz de llamarlo a las 5 de la mañana, y cuando el otro levantaba el teléfono, le decía: canal 7, monitos a esta hora, y le cortaba. Entonces, te fijas, esto a lo que me refiero, es que como tenía problemas, antes de que tomara el medicamento, el molestaba a toda la familia que el conociera el teléfono: Entonces hay actitudes de los niños que provocan o gatillan que los familiares no lo quieran tener mucho en la casa, o no lo inviten demasiado, o no lo vayan a ver mucho. Pero dentro de la familia, si está asumida la enfermedad de Jorge, pero no voy a decir que somos una familia que nos visitamos mucho, eso, en cierto sentido es gatillado por la enfermedad de Jorge.

Madre3: Y entre ellos también hacen preguntas raras, como las de los niños: ¿por qué se puso ese sombrero tan feo?, preguntas que una persona adulta no las hace, cosas que uno piensa, pero que no las dice.

Padre2: (¿han visto que ellos son infantiles?) Si, ese es un grado al cual han llegado de como se desempeñan o desarrollan, pero hay un avance, aunque sea más lento, pero llegan a una adultez, que se va notando, el raciocinio también mejora, gracias a los remedios, gracias a la rehabilitación, el raciocinio de ellos va mejorando, se preocupan, mas ya de las cosas generales, no están viviendo el momento, y dicen, bueno, yo quiero esto, si no me lo das todo, pasa cualquier cosa. En ese sentido yo veo que a veces reaccionan a las distintas motivaciones, al principio no, no hay mucha reacción. Me acuerdo que mis hijos no eran muy alegres al comienzo de la enfermedad, posteriormente ya se reían a carcajadas, comentan cosas, por supuesto hay un proceso que se va madurando, pero el alma infantil se mantiene.

Padre2: Yo creo que eso de la inmadurez se nota. Yo tengo un colega que también sufre de esquizofrenia, él tiene 2 doctorados en el extranjero, pero una de las cosas que yo observo en él, es que es demasiado niño, si uno le echa un garabato, cualquier cosa, se siente inmediatamente.

Padre2: Yo converso con mi hijo menor, pero no lo presiono, diciéndole que si puede sacar un título que lo haga. Hasta el momento tengo como 5 seguros, no le miento, así que alguno de ellos me responderá. Así que espero que con esa plata puedan montar un negocio, porque difícil que trabajen con un empleador, que tengan su propio ingreso. Es la única forma, que yo creo, puedan salir adelante.

Padre1: Yo voy a decir algo que siempre lo he dicho aquí. El futuro de estos jóvenes, es que conformemos una familia empresarial. No veo otro camino, salvo que momentáneamente trabajen media jornada. Por ello que lancé esta idea hace un tiempo atrás, y es que debíamos programar empresas. Instalarse, por ejemplo, con una librería, con una fuente de soda, con lo que sea, pero que ellos tengan sus negocios, supervisados por nosotros. Porque yo no veo, y en eso estamos todos de acuerdo, en que el futuro de ellos sea trabajar dependientes, de un patrón, etc.

Madre5: Pero una persona que no fuera paciente el que dirigiera esta empresa.

Padre1: Se supone que todo este tipo de empresas son supervisadas, no se deja la cosa así en forma tan libre, sino que se planifica, con un buen estudio. Así como hay hogares protegidos, debieran haber trabajos protegidos.

Padre2: Ellos son personas distintas, que debieran tener un trabajo distinto y por lo tanto una forma de asociarse distinta.

Madre3: Yo voy a ser bien realista. Yo he trabajado toda mi vida, e incluso he manejado empresas. Por lo tanto, yo no se en que nivel podría trabajar con una persona enferma como es mi hijo.

Tía2: Bueno vivir solo, solo, no. El es capaz de cocinar, de hacer aseo, él hace muchas cosas.

Tío1: Yo pienso que claro. Andrés es una persona que no resistiría la presión del trabajo, no creo que esté acostumbrado a eso. Un trabajo bastante suave. Tendría que ser un trabajo para una persona en las

condiciones de él... No cualquier trabajo, yo pienso que debiera ser un trabajo especial, atendiendo a las condiciones que se encuentra él.

En este sentido, un aspecto relevante es que, en general los hermanos y vecinos de las personas con esquizofrenia son lo que más destacan la actitud sobreprotectora de sus padres.

Hermano1: De principio era yo el enfermo, y no mi hermano, porque yo era muy rígido, muy duro y no lo comprendía. Lo sobreprotegió y creo que puedo decir que en ese minuto la enfermedad se agudizó.

Hermana5: Mi papá también lo sobreprotegió. Yo recuerdo que él era enfermo del corazón, ya antes de fallecer, minutos antes me hablaba de él, que iba a pasar con él. Yo, tanto en la enfermedad de mi papá, como en la de mi hermano he estado sola, y a veces tenía que dejar mi casa botada. Entonces, yo le dije a mi papá que su hijo no iba a quedar solo, porque estaba yo, y pienso que con eso murió más tranquilo.

Hermano3: El mismo caso lo tuve con mi mamá. Cuando estaba falleciendo, se preguntaba que iba a ser de él, siempre tuvo esa preocupación.

Hermano5: En mi familia también pasó que mi mamá y mi papá lo sobreprotegían mucho. Y como yo no sabía, no tenía conocimiento, le decía las mismas cosas de antes. Mis papás empezaron a decir que pucha, esta enfermedad es distinta, que hay un desequilibrio, entonces empecé a comprender de mejor manera.

Hermana4: De acuerdo a mi mamá si, porque está bien involucrada en el tema, sabe bien como tratarlo, pero a veces comete errores de que porque está enfermo, mimarlo mucho o mirarlo como guaguas. Y allí nosotros le decimos que él es capaz de hacer todo, no porque tenga una enfermedad psíquica le va andar preguntando de todo, que si quiere esto o si va almorzar. El se puede desarrollar como cualquier persona normal, tiene dos pies y dos manos. Ese es mi pensamiento, y trato de mostrárselo a mí mamá

Vecina1: Si, lo que yo encuentro es que su mamá lo protege mucho, y en realidad él necesita que haga algo, que tenga una actividad. Siempre está viendo la televisión, que está comiendo y por lo menos debiera empezar a hacer cosas en la casa, a tener un trabajo. Claro, debieran dejarlo que se realizara como persona, que haga algo, ya que lo protegen de todo.

Vecino2: De repente, uno como persona se molesta de que lo consientan mucho. Y la mamá de Gustavo igual como que lo consiente un rato. Pero yo pienso, igual que si a mí me consienten mucho, igual de repente me molesta porque te sentís como muy cabro chico. Entonces yo pienso que eso igual debe molestarle un poco la Gustavo, porque la mamá lo quiere hartito y lo consiente a veces. Pero más que eso no veo mayores problemas.

Vecina2 : Es que muchas veces la familia lo hace más que nada para protegerlas a ella, que no se vaya hacer daño, porque pueden haber responsabilidades, pero hasta ciertos límites, pero yo hallo que la Marta le daba responsabilidades, pero que no fuera a dañarse.

La persona con esquizofrenia es percibida desde su vulnerabilidad, por lo tanto, el vínculo que se establece con ella es de protección. La percepción de vulnerabilidad que tienen los tutores en relación a los hijos da lugar a una profunda incertidumbre sobre el futuro de la persona; conforme el proceso de integración del paciente con el resto de la familia fracasa o es demasiado lento los padres empiezan a ver el futuro como una amenaza en la medida en que el hijo/hija con esquizofrenia les sobrevivirá y ellos – probablemente – no habrán sido capaces de darle una base afectiva y material en donde pueda seguir reproduciendo su vida.

Hermano3: En mi caso, mi papá se desligó, se fue, y yo tuve que hacer de papá en la casa. Decirle mamá, no seas tan protectora con él. Empezó a sentirse sola, porque sus hijos se iban a ir, y se aferraba a mi hermano. Decía que va a pasar cuando yo no esté, entonces lo tenía para ella, no quería soltarlo.

Madre17Hna: Esa parte es súper fuerte, porque ¿quién se hará cargo de los niños cuando no estén?

Padre2: Yo converso con mi hijo menor, pero no lo presiono, diciéndole que si puede sacar un título que lo haga. Hasta el momento tengo como 5 seguros, no le miento, así que alguno de ellos me responderá.

Todas las preocupaciones planteadas anteriormente en este acápite, se relacionan con las aprehensiones que se expresan en las familias, respecto del futuro de familiar afectado y expresan un nivel alto de desconfianza en las verdaderas capacidades de éstos para asumir las exigencias de una vida socialmente activa, con empleos competitivos. Estas representaciones sociales, basadas en la imagen del loco, absolutamente desconectado del mundo cotideano e imposibilitado permanentemente de desenvolverse en éste, prevalecen en el discurso al momento de consultar concretamente por la posibilidad de desempeñarse laboralmente, considerando que en el desempeño laboral se conjugan no sólo las habilidades técnicas necesarias para el correcto desempeño, sino además las habilidades sociales necesarias para una interacción efectiva con los demás.

Sin embargo, cuando consultamos en forma abstracta si consideraban a sus familiares o amigos con esquizofrenia eran capaces de ser integrados socialmente y de desenvolverse en el ámbito social, la mayoría de las opiniones apuntaba a destacar los logros en estas dimensiones, desde la compensación farmacológica. De esta manera, discursivamente, se presenta una situación favorable para destacar las capacidades de relacionarse, de sus familiares y la consideración de plena normalidad en los comportamientos en periodos de compensación.

Esto se contradice diametralmente con el discurso expuesto anteriormente, en el que se verbalizada expresamente la incapacidad de desarrollarse profesionalmente. En ese discurso, nuevamente afloran las características del estereotipo de la esquizofrenia basada en las conductas anómalas desarrolladas en las crisis, que vuelven constantemente como preocupación constante de las familias directas.

Las siguientes opiniones, respecto a la capacidad de las personas afectadas por la enfermedad, graficarán esta oposición que se produce entre la consideración negativa de las capacidades reales de integración social -ejemplificadas con las menciones anteriores referidas al trabajo- y las positivas consideraciones de normalidad o de capacidades de desempeños socialmente aceptables, en el escenario abstracto de las relaciones sociales en general.

Así, en oposición al discurso de la infantilización que se expresa frecuentemente en relación a las capacidades de desempeño laboral, está el discurso que busca validar a sus familiares con esquizofrenia como sujetos autónomos socialmente. De este modo la posibilidad de autonomía empieza porque la persona sea validada por sus más cercanos. Cuando la familia tiene modos autónomos de producción (microempresarios, por ejemplo) la validación del hijo se logra por su aporte en trabajo a la reproducción material de la vida familiar; lo que se busca es evitar que la familia vea en la persona con esquizofrenia una carga y se transforme en un apoyo necesario a sus actividades cotidianas, sean estas productivas o no.

Madre5: En este momento mi hija, es dueña de casa, la maneja sola, hace sus compras, paga sus cuentas, cuida de tres hijos grandes –cuando le dio la esquizofrenia ya estaba casada- y a gracias a dios, en este momento está haciendo su vida relativamente normal, entre comillas, porque siempre hay pequeños foquitos que aparecen. Ella adora a sus hijos, su vida son sus hijos, pero es impresionante, como ella deja de lado cualquier programa que tenga, porque el niño va a llegar y hay que darle su té o su almuerzo. Hay uno que todavía está en el colegio, y los otros egresaron.

Madre3: Pero mi hijo vive solo desde los 18 años, se paga sus cuentas. Y eso el psiquiatra, la primera vez que lo vio acá, yo le pregunté si tenía que llevármelo a vivir conmigo, y él médico me dijo que no, porque el mayor capital que tiene este niño es que siga viviendo solo.

Padre3: Nosotros hemos logrado que él se dedique a los acuarios. Construimos una pieza, donde se dedica a sus acuarios, y hemos logrado que venda sus peces, que los lleve a los distintos lugares donde los venden, que compre peces, los venda a ellos mismos. Y esa es su actividad, esa es su vida, entonces está canalizado por ese camino. Él llena su vida con eso, pero de producción económica, nada.

Madre16: Claro, con todos los vecinos, y ahora cuando se iniciaron los programas de trabajo de la municipalidad de Maipú, él estuvo dos años y medio, pero ahora que se terminaron, se siente muy mal de estar en la casa, y a veces le vienen las crisis.

Padre6: Cuando mi hijo ha estado en la casa me coopera en todo. Y como está en un hogar protegido, allí las cosas se hacen entre todos. Ellos deben tener una actividad, sentirse útiles, entonces van a los talleres. En lo laboral es complicado, por eso hay que luchar por los talleres.

Hermano1: Ellos desarrollan un tipo de inteligencia que si uno le da la orden al hermano y sí se la da una persona que no tiene nada que ver con él, su forma de reaccionar es distinto, véanlo. Pero incluso mi hermano sabe escribir a máquina, sabe computación.

Hermano5: Independencia, no creo, pero llevar una profesión, sí. Como él sabía tanto estas cosas de los países, se quiso dedicar a la cartografía, y también es bueno para dibujar. Pero siempre hay que estarle diciendo algunas cosas, o él siempre pregunta.

Padre1: Se supone que todo este tipo de empresas son supervisadas, no se deja la cosa así en forma tan libre, sino que se planifica, con un buen estudio. Así como hay hogares protegidos, deberían haber trabajos protegidos.

Madre19: A mi me dijeron, mira luchemos para que tu hijo saque una carrera, y se verá más adelante. Primero le dio por la música, estudió dos años de canto. Este año se matriculó en el instituto, donde espero que se titule. Lo bueno que mi hijo, sus amigos lo quieren, lo apoyan y lo tratan como un igual.

Tía1: Yo creo que hay que integrarlos definitivamente en talleres, en obras de teatro, en diferentes actividades, es decir, por el hecho de que están enfermos, no dejan de ser personas, ellos tienen actitudes iguales, tal vez no del calibre de una persona absolutamente normal, pero él también siente. Entonces sería bueno que fueran a un taller, a hacer carpintería, repostería.

Tío1: Yo pienso que claro. Andrés es una persona que no se como resistiría la presión del trabajo, no creo que esté acostumbrado a eso. Un trabajo bastante suave. Tendría que ser un trabajo para una persona en

las condiciones de él... No cualquier trabajo, yo pienso que debiera ser un trabajo especial, atendiendo a las condiciones que se encuentra él.

Vecina2: Hay muchas personas que se valen por sí mismas. Y eso depende mucho de la familia en general, porque si es algo compartido por todos, es algo que se supera, pero si está sola, difícil que ayude a una persona.

5.1.6.- Evaluación del Tratamiento y Proceso de Rehabilitación.

En relación a los tratamientos, en general el discurso colectivo, mayormente sustentado en las opiniones de los padres y hermanos –que tienen una relación más experiencial o vivencial con este aspecto- se refiere de manera negativa a las intervenciones de los médicos en el proceso de tratamiento y consideran insuficiente la labro psicosocial o el desarrollo de intervenciones familiares o comunitarias destinadas a la integración efectiva de las personas con esquizofrenia.

Asimismo, la visión que tienen de su interacción en los centros de rehabilitación es la de estancamiento dado que la mayoría de las personas no muestran avances significativos en términos de integración. En cierto modo, perciben que las familias han descansado en los centros para no cumplir la función central en el proceso de rehabilitación de sus familiares.

Se expresa directamente una demanda por el desarrollo de intervenciones vinculadas a la psicoterapia y la dimensión comunitaria de la rehabilitación, haciendo hincapié en la necesidad de fortalecer el componente psicosocial por sobre el biomédico.

Madre7: Hay médicos que dan el remedio, y nada más. Ese médico para mi no sirve, tiene que ser paralelo a la psicoterapia para el enfermo y su núcleo familiar.

Padre5: En ninguna parte los médicos parece que no están preparados para tratar a los enfermos con Esquizofrenia. Conversan muy poco con los pacientes, y lo importante es hablar, no es tanto la medicina, sino que la terapia.

Madre20Abuela : Uno de los psiquiatras me dijo que esto no tenía remedio, que nunca se iban a mejorar. Yo sinceramente, no bien, no bien. A mí siempre me ha dado la impresión de que me la iban dejando. Que iba a panadería, no que tú no, luego que iba ir a la chocolatería, tampoco. Fue a jardinería, llegó contenta, a la próxima clase le dijeron, a ti no. Entonces, como ella llegaba acá. Porque no era cosa que ella se sentara a ver la televisión como sonámbula, y eso era lo que yo no quería. Entonces, en vez de ir para arriba, ella se iba para abajo.

Madre9: En COSAM no nos han hecho esas charlas. La señora Ana María, que estaba antes, si iba a hacerlas, pero ahora no es toda la familia. Sólo los padres o familiares que estaban a cargo de eso. Pero nunca llamaron a los hermanos o al padre, aunque hubiese que haberlo obligado. Nunca se nos pidió eso. Yo llevo años allá, yo he asistido a varias. Pero sería bastante bueno, como te digo, hacerle una charla a los hermanos porque resulta que la familia, o los mismos hermanos no quieren saber de ellos, los que dicen no querer saber nada del enfermo, no tengo que ver contigo, tú no existes para mí.

Madre19: No, en mi caso, no. Lo que si hubo en aquellos años, y que había un tratamiento que podía tener buenos resultados, pero no habían ni seminarios ni centros de reinserción, y como dice el señor esto de las agrupaciones que son importantísimas. Además no sólo e importante el tratamiento, sino lo que se hace después de las crisis, que realmente es lo que permite el estado de compensación, de toma de conciencia, que el tren se tuvo que detener, y que sus amigos siguieron y él se quedó.

Padre6: Hay un drama que se desprende de esta situación que estamos conversando, y es que la familia acepte al que está enfermo. Si la casa es chica, no tiene cabida, ya que necesita su habitación para llevar su vida, ojalá independiente. Si la familia es numerosa, hay problemas, entonces cual es la solución: llegan los parientes, ponen todos plata, y que se vaya a una clínica. Pero craso error, porque si no se paga algo bueno, al final son sólo comerciantes, donde los días de visita los reciben, pero uno se va y es una cárcel. No sabe si le dan los remedios. Yo se lo digo por experiencia, porque el mío estuvo durante 8 a 10 años, pero cuando no llevé más se

recuperó en un 70%. Estos lugares son sólo para el tratamiento puntual, la crisis.

Hermano1: Para llegar al tratamiento cuesta mucho, y van de un lado para otro, y como que nunca se comenzaba un tratamiento claro. Ahora hay más avances con eso, pero antes estudiaban con ellos, como conejillos.

Hermano1: Bueno, hace cinco años no existían ni las terapias, vamos que la inyección, el Modecate. La cosa era tenerlos durmiendo con tranquilizantes, y ahora como que los psicólogos y los psiquiatras despertaron como diciendo, a ver que tal si les hacemos una terapia, una actividad algo, como que los distrajimos. Pero eso yo llevo años haciéndolo con mi hermano, y como que recién ahora se les ocurre.

Hermano4: Yo creo que eso está mal, porque el profesional debiera enfrentar al familiar y al paciente, haciéndole distintos tipos de preguntas, y paralelamente debo informar y educar para que sepa manejar y entender al paciente. La falla está sólo abocarse al enfermo

Se presentan, como dijimos antes, demandas explícitas de incrementar las intervenciones comunitarias, con menciones respecto de los beneficios de estas intervenciones.

Hermano1: No, yo creo que está muy bueno ahora es la ayuda medicinal y de terapia que ayudan al enfermo. Lo principal es que el núcleo se integre, me refiero a sus padres y hermanos.

Hermano3: Lo importante es saber aprender a vivir en familia con un enfermo de Esquizofrenia.

Hermano4: Ese es el complemento que yo considero primordial. En este momento yo hablo con él, voy a actuar según los conocimientos que tengo, pero otras personas que tienen otro nivel de estudio, no van a saber que hacer, a contestarle con la mentalidad de él, no con la de uno.

Hermano1: Y yo creo que si la familia cercana está bien informada, los familiares más lejanos no se van a alejar por desconocimiento.

Hermana1: Sería bueno tener charlas para hacer más llevadera la vida familiar.

Hermano5: Tratar de llamar a más niños de mi edad, que sean familiares, porque así aprender a llevar mejor esta enfermedad, que es fuera de lo común.

Hermana4: Bueno, los puntos tocados han sido los más justos de esta enfermedad. Pero a lo mejor sería bueno abrirles más espacios a estas personas, que tengan más oportunidades. O tal vez crear empresas donde se desempeñaran y se sintieran valiosos, y que su plata se la ganaran con su esfuerzo. Porque a muchos le dan pensión, como no pueden trabajar, pero en el caso de mi hermano yo lo veo apto para enfrentar la vida laboral, pero no hay posibilidades, entonces sería bueno que los aceptaran más o le dieran más espacios y eso no está. Porque ahora él está bien, pero antes de que supiéramos de qué se trataba, yo no tenía idea de la enfermedad.

Tía2: Yo sé que la Leo siempre está conversando con la gente que está allí, y que ha tomado esas cosas, pero que yo sepa, la familia no lo ha hecho.

Tío1: Yo creo que es poco lo que se hace con la familia, más bien es con la persona que tiene el problema, pero me da la impresión que con la familia no es tanto lo que se hace. Un tratamiento más grupal dentro del grupo familiar no es tanto. Información sí, pero que vayan a hacer un taller como tratar a la persona, creo que por ahí no va el asunto. Es más bien información general que le entregan los médicos.

Tío1: Claro, información respecto de la enfermedad, pero muy en general, pero nada que ha ellos los hallan tomado y les hallan hecho sesiones grupales.

5.2.- Síntesis Interpretativa

A modo de síntesis del análisis de contenido de las entrevistas y grupos de discusión, y guardando los alcances de las conclusiones, en consideración del carácter exploratorio de la investigación, podemos señalar que, en general, en la muestra se reproducen las características de las redes sociales primarias de las personas con esquizofrenia identificadas en otros estudios, en el sentido de ser muy restringidas y en general, reducidas a la familia nuclear.

Uno de los factores que influye en esto, es el fuerte impacto que causa en la familia el surgimiento de la enfermedad y las crisis, sumado a lo complejo y errático de los diagnósticos para esta patología, que, tal como se planteo en los capítulos de revisión histórica, dependen mucho de la postura teórica o del paradigma con el que aborde desde el diagnóstico hasta la rehabilitación biológico-orgánicos y psicosociales, pasando lógicamente por el tratamiento, que también debe abordar todas estas dimensiones para lograr el estado de bienestar, en que se implica también el desarrollo de las habilidades necesarias para lograr la inclusión social efectiva.

En esta sentido, el fuerte impacto de los comportamientos anómalos en periodos de descompensación, influyen notoriamente en la percepción estigmatizada de la persona afectada por la enfermedad y produce un aislamiento de éstas y sus familiares directos. Sumado a esto el antiguo sistema de tratamiento, caracterizado por el encierro, contribuye a acentuar el aislamiento y empobrecimiento del usuario y sus redes. Esto, y los factores de deterioro de las relaciones sociales provocados por el estigma, llevan a que la red social se debilite, por lo que la ayuda en esta esfera es un asunto prioritario.

Tal como se señaló en el marco teórico, un aspecto fundamental de la Reforma Psiquiátrica, implementada a través del Plan Nacional de Salud Mental, es la inserción de las personas con esquizofrenia en la comunidad, aspecto que se traduce en la participación en la implementación de acciones de intervención psicoeducativas, familiares y sociocomunitarias, bajo el alero de diversos dispositivos de salud.

Sin embargo, las familias refieren escasa participación en actividades de este tipo, lo que puede explicar el hecho de que las representaciones sociales de la enfermedad estén reproduciendo una imagen negativa de la persona afectada, fundada en un estigma fuertemente arraigado en la comunidad e inconscientemente interiorizado

desde los familiares. Si sumamos a esta situación de base, que las acciones de difusión y educación tendientes a disminuir el prejuicio no se están ejecutando suficientemente, se produce un círculo vicioso que impide la abolición del estigma y aumenta la carga sobre los afectados por la enfermedad y sus cuidadores.

En este sentido, nos referimos al estigma como *“Un proceso social o experiencia personal caracterizado por la exclusión, el rechazo, la vergüenza o la devaluación debida a la experiencia o anticipación de un juicio social adverso de la persona o grupo social. Este juicio se basa en una característica duradera de la identidad conferida por un problema de salud y es, en alguna forma esencial, injusto desde el punto de vista médico”* (Dr. Rafael Sepúlveda, Médico- Psiquiatra y Académico Escuela de Salud Pública UCH).

Desde esta conceptualización, los resultados de la investigación apuntan en la dirección de la hipótesis planteada, ya que la no aceptación de las diferencias, expresadas en los comportamientos de las personas con esquizofrenia -considerados como anómalos o socialmente inaceptables- se fijan en las creencias dominantes en nuestra cultura y, en base a éstas se forma un estereotipo del esquizofrénico que es socialmente rechazado –desde la familia- y que permite encasillar a estas personas y sus redes sociales primarias, basándose sólo en estos aspectos de las representaciones sociales, lo que determina finalmente que prevalezcan las caracterizaciones contenidas en el rótulo, quedando etiquetadas como una categoría social aparte, lo que evidentemente impide el cumplimiento del rol de integrador social que se le solicita a la familia, desde el modelo comunitario de salud mental.

En efecto, de acuerdo a lo análisis interpretativos de los discursos contenidos en los grupos de discusión y entrevistas, en mayor o menor medida, dependiendo del parentesco, se expone una visión del esquizofrénico como alguien que no puede tomar decisiones racionalmente para su propia vida, que no tienen capacidad de desenvolverse normalmente en términos sociales ni laborales, cuyos razonamientos carecen de sentido, que más que una patología, carecen de voluntad para ejecutar tareas, que son flojos o poco confiables, que tienen conductas agresivas y/o peligrosas, que es una enfermedad invalidante e incurable, que no tiene posibilidad de recuperación o rehabilitación.

En definitiva, nos referimos a las posturas clásicas o eminentemente biologicistas, que han sostenido que una de las particularidades de la esquizofrenia, es el deterioro

progresivo y sostenido en el tiempo (cabe recordar el concepto de demencia precoz de Kraepelin), o como íconos de la locura, dado que el esquizofrénico escucha voces o alucina, en definitiva se le ha presentado como un sujeto desconectado del mundo, sin voluntad, un alienado, incapaz de insertarse en la comunidad, formar familia, trabajar.

Como pudimos ver en el análisis por categorías, el proceso de estigmatización familiar se expresa como crítica desde los padres a las capacidades de sus hijos o menosprecio de las mismas, ya que, a pesar de mencionar logros concretos, que implican desarrollo de habilidades sociales o capacidad de realizar actividades de la vida diaria, prevalece la concepción o rotulación de inutilidad o discapacidad, que redundan en actitudes sobreprotectoras. Así, pese a la mayoría de las opiniones coinciden en que, estando compensados, pueden desarrollar actividades en las mismas condiciones que cualquier persona, luego ven con lejanía la posibilidad de que se independicen y se desarrollen laboralmente o formen una familia.

En este aspecto, son los hermanos los que más refieren en forma crítica esta actitud de los padres, a pesar de cumplir muchas veces el rol de cuidadores de sus hermanos. Sin embargo, en este grupo surge otro de los aspectos en que se expresa la discriminación familiar, basada en los problemas relacionales que se desencadenan con sus propias familias -esposos (as) e hijos (as)-. Estos problemas se producen a raíz de la consideración de que actitudes como la falta de cooperación en labores domésticas o de cuidado en el aseo personal, son producto simplemente de flojera y/o dejación de quienes tiene la enfermedad, que es otra de las dimensiones del estigma que juegan en contra de la inclusión social y, más aun, provoca aislamiento dentro de la misma familia.

Profundizando en este aspecto, a pesar de que las opiniones de los familiares indirectos y vecinos expresan un discurso aparentemente menos influido por el estigma –que desde nuestro planteamiento es producto de no vivenciar las crisis y sus consecuencias, que marcan profundamente a la familia directa-, cuando se trata el tema del apoyo recibido más allá de la familia nuclear con los padres y hermanos, éstos refieren expresamente la situación de aislamiento y carencia de redes sociales de apoyo. En el mismo sentido, al inquirir a los tíos y vecinos entrevistados respecto de su presencia y/o colaboración con los padres, en general señalan no haber estado presentes, lo que siempre se matiza con razones cotidianas, pero que dejan al menos planteadas dudas al contraponerlas con las opiniones de padres y hermanos, que refieren directamente ausencia de apoyo desde la familia indirecta.

Tratando de no ser redundante en aspectos descritos en el análisis interpretativo, es necesario destacar la crítica transversal a los enfoques biologicistas o biomédico de tratamiento, que se expresa tanto en entrevistas como grupos focales y que traduce en una demanda explícita de mayor desarrollo e implementación de acciones en el ámbito comunitario, desde las destinadas a mejorar la psicoeducación de pacientes y familiares sobre las maneras de vivir con la enfermedad, hasta las de educación comunitaria dirigidas al cambio de actitudes discriminatorias y reducción del estigma.

En este sentido, creemos indispensable la incorporación de la familia y la red social primaria, en primera instancia, como sujeto de intervención, antes que como actor o agente de cambio, para lo que no parecen tener aun las competencias. De acuerdo a la información recopilada, es ingenuo pretender que se generen cambios profundos en las redes sociales primarias a partir de iniciativas particulares o grupos de autoayuda, sin intervención de los equipos de salud. Menos aun, que cambien sus creencias acerca de si mismas o de la enfermedad, espontáneamente, cuando en las condiciones actuales, no son capaces de identificar y/o potenciar las capacidades de sus propios familiares afectados y, peor aún, parecen reproducir actitudes discriminatorias que obstaculizan el proceso de rehabilitación en la comunidad.

Lo anterior cobra especial relevancia, si consideramos que en los propios equipos de salud mental, muchas veces se instalan concepciones estereotipadas de quienes padecen esquizofrenia, las que responden a su vez a la insuficiente preparación en el paradigma comunitario y no permiten su instalación integral como modelo de atención -que no es un simple cambio de técnicas de intervención sino un cambio profundo en la lógica de relación con los usuarios, sus familias y la comunidad-.

Los desafíos son grandes y demandan alto nivel de sincronía entre los equipos de salud y la comunidad, los que deben estar alineados con los principios y valores que subyacen al modelo integral de atención en salud con enfoque familiar y comunitario.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES FINALES

En las últimas décadas se ha avanzado notablemente en el reconocimiento del enfoque comunitario para el desarrollo de los sistemas de atención y en la implementación de tratamientos que complementan lo farmacológico con lo psicosocial.

Los procesos de reforma psiquiátrica a nivel mundial, independiente de los problemas que han experimentado en su implementación, no ha hecho otra cosa que devolver los derechos humanos a quienes, durante siglos les fueron negados arbitrariamente, en base creencias o intereses de grupos dominantes que, en determinadas culturas y/o periodos históricos, justificaron el rechazo y exclusión de la diferencia y determinaron su reclusión y castigo.

En este sentido, sería anacrónico e inmoral plantear el retorno a las formas “tradicionales” de “tratamiento” de la enfermedad mental. La abolición del manicomio y la proscripción de la lógica asilar y sus prácticas asociadas no están en cuestionamiento a partir de esta investigación.

Muy por el contrario, y asumiendo un sesgo desde el investigador, la identificación de nudos críticos o la descripción de las dificultades prácticas asociadas al cambio de paradigma en salud mental, están motivadas por la necesidad de profundizar el modelo biopsicosocial con enfoque comunitario en el tratamiento de los problemas psiquiátricos, propendiendo a desarrollar -desde una perspectiva salubrista- estrategias destinadas a terminar con el estigma y la discriminación de quien sufre algún trastorno mental e implementar acciones concretas para la efectiva inclusión de los sempiternos parias de la sociedad.

En nuestro país, son destacables los logros que hemos presenciado en cuanto a la concreción de complejos procesos de desinstitucionalización de pacientes, reconversión de hospitales psiquiátricos y traspaso a dispositivos más cercanos a la comunidad, a través de la sectorialización y la creación de unidades de psiquiatría en hospitales generales. De la misma manera, es innegable la labor de prevención de factores de riesgo y promoción de factores protectores que se ha desarrollado, sin embargo, esto no determina la disminución de la morbilidad cuando nos referimos a patologías psiquiátricas severas.

La desinstitucionalización, no garantiza por sí sola, el bienestar del desinstitucionalizado, si no se dispone de una red de recursos comunitarios diversificados que permitan, no solo desarrollar el tratamiento y la rehabilitación en la propia comunidad, sino que permitan la aceptación de la diferencia, cuando la cronicidad no permite una rehabilitación total.

Lo anterior no implica dejar de desarrollar estrategias comunitarias para la integración de las personas con trastornos severos, sino adecuarlas a las condiciones particulares de éstas y sus familias, considerando la sobrecarga que experimentan estas últimas, al asumir desafíos planteados desde el modelo comunitario, sin la preparación necesaria de la comunidad para actuar como soporte de la familia, ni el apoyo suficiente desde los equipos de salud mental ni,

En efecto, la comunidad no está preparada “instintivamente” para recibir a los desinstitucionalizados, menos para aceptarlos e integrarlos.

Por otro lado, las iniciativas generadas desde los equipos de salud, apuntan como prioridad al cambio en los comportamientos de los pacientes, para su adaptación a la comunidad; y pocas veces priorizan acciones para la modificación de las creencias y prejuicios de la comunidad hacia el paciente.

En el sentido contrario, desde nuestra perspectiva, el foco de las intervenciones debe estar puesto en los procesos relacionales y sociales que puedan condicionar estados mórbidos y en aquellos otros aspectos que fortalezcan una sensación de bienestar, en términos de salud mental. El enfoque multicausal en el abordaje de estos procesos ayuda al enriquecimiento de las prácticas en salud mental y a la eficiencia de sus intervenciones.

En este sentido, es imposible reproducir la lucidez del psiquiatra Carlos Madariaga sin citarlo “De esta forma, cuando nos preguntamos por las formas de subjetividad que emergen desde el mundo de la locura no estamos haciendo otra cosa que instalar la preocupación por rescatar, en su más extenso sentido, a la persona humana que muchas veces está socialmente enmascarada por la enfermedad mental. El mundo moderno nos enseñó ya hace rato que la subjetividad que surge desde el trastorno psíquico se debate precariamente en su existencia marginal y discriminada, en eterna contradicción con las subjetividades hegemónicas. Nuestra tarea como agentes comunitarios de salud es contribuir al cambio; en esa dirección, nos identifica

plenamente el planteamiento del sacerdote y psicólogo social español-salvadoreño Martín-Baró, que interpelaba al profesional de la salud mental a posicionarse activamente frente a la realidad social.

BIBLIOGRAFÍA

- ◆ Aroca A. (2005) Historiografía de la locura, El péndulo de la historia. Revista Observaciones Filosóficas 2005 – 2006.
- ◆ Aztarain Díez, Javier. (2005) El Nacimiento y Consolidación de la Asistencia Psiquiátrica en Navarra (1868-1954), Colección Temas de Historia de la Medicina.
- ◆ Barnes, John, 1954 «Class and Committees in a Norwegian Island Parish, Human Relations, 7, 39-58, 1954
- ◆ Barrientos, Guillermo. 2003. Introducción a Psicología Social y Comunitaria. Recopilación de artículos y capítulos del libro Psiquiatría Social y Comunitaria. Ediciones Búho 2001. Apuntes de clases Diplomado de Salud mental y Psiquiatría Comunitaria. Escuela de Salud Pública. Universidad de Chile.
- ◆ Berger, P; Luckmann, T (1989). La construcción social de la realidad. Buenos Aires. Amorrortu.
- ◆ Brokering, Walter. 1999. Análisis Crítico de los Procesos de reforma Psiquiátrica. Apuntes de clases Diplomado de Salud mental y Psiquiatría Comunitaria. Escuela de Salud Pública. Universidad de Chile.
- ◆ Chuaqui, J, Prieto, A. (2006) Esquizofrenia y Desempeño Laboral, en prensa.
- ◆ Chuaqui, J. (2002) Sociedad Psiquiatría y Esquizofrenia (Interrelaciones) Alba producciones, Valparaíso.
- ◆ Chuaqui, J. (2005). Salud mental y Derechos Humanos Trabajo presentado en la Conferencia Regional de Salud Mental, noviembre, Brasil.
- ◆ Chuaqui, J. (2006) Situación de las personas con discapacidad en Chile, en prensa.
- ◆ Clasificación de trastornos mentales CIE 10 Criterios de la OMS obtenido en <http://www.psicoactiva.com/cie10/cie1.htm>.
- ◆ Desviat, M., Fernández, A. (s.a.), “Salud Mental Comunitaria como Estrategia o como Utopía”. (Extraído de Revista “Psiquiatría Pública”, N°1, España.)
- ◆ Fernández M. Gabay P (2003) Rehabilitación psiquiátrica y reinserción social de las personas con trastornos mentales crónicos graves Buenos Aires, Polemos
- ◆ Galende, E., “Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica”, Buenos Aires, Edit. Paidós, 1990.

- ◆ García, J., Espino, A., Lara, L. (1998): “La Psiquiatría en la España de Fin de Siglo. Un Estudio sobre la Reforma Psiquiátrica y las Nuevas Formas de Atención en Salud Mental”, Madrid, España, Edit. Ediciones Díaz de Santos, 1998. Araya Umaña, Sandra. 2002. Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión.
- ◆ Giavelli Arístides, Cabrera Andrés, Navarro Félix (2007) “Necesidades de integración social en discapacitados psíquicos” Serie Documentos N° 3, Diciembre de 2007 Edita: Facultad De Ciencias Sociales
- ◆ Giddens, Anthony (1997). Las Nuevas Reglas del Método Sociológico. Amorrortu Editores España SL, 1997
- ◆ Grimberg M (1995). "Teorías, propuestas y prácticas sociales. Problemas teóricos metodológicos en Antropología y Salud". En: Alvarez M., Barreda V (comp): "Cultura, Salud y Enfermedad. Temas de Antropología Médica" Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano, Bs. As., 1995.
- ◆ Güell, Pedro E. (1999). Familia y Modernización en Chile, Exposición ante la Comisión de Expertos en Temas de Familia, SERNAM, Diciembre, 1999.
- ◆ Guimón, J., “Intervenciones en Psiquiatría Comunitaria”, Cantabria, España, Edit. Biblioteca de Salud Mental, 2001. Silva, H (2000) Psiquiatría Clínica, Santiago de Chile, Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía
- ◆ Herleein, A, (2000) Psiquiatría Clínica Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Santiago de Chile.
- ◆ Hernández, R y Fernández, C (1998) Metodología de la Investigación, Colombia, Mac Graw Hill.
- ◆ Hormazabal M. 1998 Inserción laboral de personas con discapacidad mental, Tesis para optar al grado de trabajador social UAHC ,Santiago Chile.
- ◆ Huneus, Teresa (2005). Esquizofrenia, Santiago de Chile, Mediterráneo.
- ◆ Huneus, Teresa (2005). Esquizofrenia, Santiago de Chile, Mediterráneo.
- ◆ Lafferte, Carlos y otros. 2003. Estructura, Procesos, Flujos, Clasificación de Unidades de Atención Ambulatoria e Impacto Modelo Comunitario en Salud Mental y Psiquiatría en población usuaria diagnosticada con esquizofrenia, en el Sistema Público de Salud – 2002. . Estudio realizado para la Unidad de Salud Mental del Ministerio de salud.

- ◆ Levav, I., “Temas de salud mental en la comunidad”, Washington, USA, Edit. Organización Panamericana de la Salud ,1992.
- ◆ Madariaga, Carlos. 2003. Apuntes Para Una Conceptualización. Psiquiatría Comunitaria. Apuntes de clases Diplomado de Salud mental y Psiquiatría Comunitaria. Escuela de Salud Pública. Universidad de Chile.
- ◆ Martínez Hernández, Angel. 1998. Has visto cómo llora un cerezo?:pasos hacia una antropología de la esquizofrenia Edicions Universitat Barcelona, 1998.
- ◆ Martínez, Ochoa, Negredo, (2000) Diseños de proyectos de investigación en enfermería de salud mental y adicciones. editado por María Teresa Lluch Canut, Juan Francisco Roldán Merino
- ◆ Medina, E, Escobar, E., Quijada, M et al (2002) De Casa de Orates a Hospital Psiquiátrico, Antología de 150 años Ediciones de la Sociedad Chilena de Salud Mental, Santiago, Chile.
- ◆ Ministerio de Salud (2006) Sistema de Salud Mental en Chile, Santiago, Chile.
- ◆ Ministerio De Salud De Chile (MINSAL) 2000. Orientaciones Técnicas para el Tratamiento y Rehabilitación De Las Personas Afectadas de Esquizofrenia.
- ◆ Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) 2001, Programa Nacional de la Salud Mental y Psiquiatría.
- ◆ Ministerio De Salud De Chile (MINSAL) 2003. Evaluación Criterios y Estándares de Calidad de Atención en Hogares Protegidos, Hospitales de Día y Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria. Estudio realizado por la Unidad de Salud Mental del Ministerio de salud.
- ◆ Ministerio De Salud De Chile (MINSAL) 2009. Guía Clínica GES para el Tratamiento de Personas Desde el Primer Brote de Esquizofrenia.
- ◆ Muñoz, M. (1992) Apuntes de psiquiatría Universidad de Concepción, Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental.
- ◆ Pérez Serrano, G (1994) Elaboración de proyectos sociales: casos prácticos Madrid, España, Narcea.
- ◆ Pérez Serrano, G (1998) Investigación cualitativa. Retos e interrogantes. Madrid, España La Muralla.
- ◆ Portuondo, J (1982) El Psicodiagnóstico de Rorschah y la Esquizofrenia. Madrid, España Biblioteca Nueva.

- ◆ Postel y Quérel, 1993: 109. Nouvelle histoire de la psychiatrie, Toulouse, 1983. En Shorter, E (1997) Historia de la psiquiatría. Desde la época del manicomio a la era de la fluoxetina J y C Ediciones medicas, Barcelona.
- ◆ Ritzer, George. 1997 Teoría sociológica clásica. McGraw-Hill, 1997.
- ◆ Rodríguez, A. (1997). Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid. Pirámide.
- ◆ Saldivia, Sandra; Grandón, Pamela y otros (2004). Evaluación de Programas de Rehabilitación para personas con Esquizofrenia. Estudio realizado para la Unidad de Salud Mental del Ministerio de salud.
- ◆ San Martín, Hernán; Pastor, Vicente 1998. Salud comunitaria: Teoría y práctica Madrid, Díaz de Santos, 1988
- ◆ Sepúlveda, R; Troncoso, M; Álvarez C. (1995) Apoyo Social, Salud Mental y Esquizofrenia. Una Revisión del Tema. Publicado en Rev de Psiquiatría, vol 3-4, 1995.
- ◆ Sepúlveda, R; Troncoso, M; Álvarez C. (1995). Análisis De Redes Sociales Y Apoyo Social En Jóvenes Diagnosticados Con Esquizofrenia.
- ◆ Servicio De Salud Metropolitano Sur (SSMS) 2007. Diagnóstico y Evaluación Plan de Salud Mental 2000-2006.
- ◆ Servicio De Salud Metropolitano Sur (SSMS) 2008. Plan De Salud Mental Para La Red Del Servicio De Salud Metropolitano Sur.
- ◆ Shorter, E (1997) Historia de la psiquiatría. Desde la época del manicomio a la era de la fluoxetina. J y C Ediciones medicas, Barcelona.
- ◆ Sunkel, Guillermo. (2004). La familia desde la cultura. ¿Qué ha cambiado en América Latina?.
- ◆ Tironi, Eugenio. (2008). “Los 4 Cambios de la Familia Chilena” Tomado de revista “Ya”, 17 de junio de 2008.