SISTEMATIZACIÓN DEL PROYECTO ESTRATEGIAS COMUNITARIAS PARA EL ACCESO A LOS DERECHOS A TRAVÉS DE LA ESTRATEGIA RBC:

ACOMPAÑAMIENTOS PARA EL ACCESO A DERECHOS, PRO AUTONOMÍA Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

MARTÍN R. QUEVEDO GODOY
MARÍA ELENA VAN YURICK
GLORIA SILVA ESPINOSA
PAULA PAREDES SIERRA
ALEJANDRA MUJICA TORO
CARLA SANDOVAL SANTOS
TAMARA PALOMINO ARANEDA
VIVIANA PEREDA RUIZ

SENADIS
Ministerio de Desarrollo Social
Gobierno de Chile

CORDES
COLECTIVOS DE INCLUSIÓN Y SALUD MENTAL

SISTEMATIZACIÓN DEL PROYECTO ESTRATEGIAS COMUNITARIAS PARA EL ACCESO A LOS DERECHOS A TRAVÉS DE LA ESTRATEGIA RBC:

ACOMPAÑAMIENTOS PARA EL ACCESO A DERECHOS, PRO AUTONOMÍA Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

MARTÍN R. QUEVEDO GODOY
MARÍA ELENA VAN YURICK
GLORIA SILVA ESPINOSA
PAULA PAREDES SIERRA
ALEJANDRA MUJICA TORO
CARLA SANDOVAL SANTOS
TAMARA PALOMINO ARANEDA
VIVIANA PEREDA RUIZ

Santiago, Octubre 2015

PALABRAS DE LA DIRECTORA

Uno de los principales objetivos que tiene esta sistematización, tiene que ver con dar cuenta a la comunidad en general, del modelo de abordaje con que cuenta la institución, así como generar la reflexión en los equipos de usuarios y profesionales sobre visualizar el proceso de rehabilitación psicosocial de forma integral, así como definir mejoras y ajustes.

Este proyecto, financiado por SENADIS, consiste en entregar un acompañamiento terapéutico a personas en situación de discapacidad, que si bien, han recibido a través de la red las prestaciones que entrega el Estado, requieren de un proceso mayor de acompañamiento para el logro de la autonomía, apostando a una efectiva inclusión.

El financiar ese tipo de iniciativas, nos ha permitido instalar experiencias pilotos, que van siendo conocidas por otros que hacen similar labor, y se va promoviendo un trabajo en red. Pero sin duda el trabajo más importante, es el que se hace empoderando a las personas con discapacidad, generando confianza, aumentando la autoestima, mejorando el bienestar de las familias, entre otros aspectos.

Como Estado y como sociedad aún nos quedan grandes deberes con las personas con discapacidad, y la presente sistematización da cuenta de cómo estamos avanzando. Sin embargo, debemos relevar la importancia de que sea éste un trabajo de la sociedad en su conjunto, aún más asumiendo con honestidad que tenemos una deuda histórica con las personas con discapacidad psiquiátrica o mental, y que en acciones como las que en este documento se plasman, dan cuenta de que una sociedad de todas y todos es posible, y es sumamente urgente.

Evelyn MAgdaleno Gutierrez
Directora Regional Metropolitana (TyP)
Servicio Nacional de la Discapacidad

CONTENIDO

ANTECEDENTES DEL PROYECTO....11
Antecedentes generales del proyecto y resultados esperados....11
Antecedentes sobre Salud Mental en Chile....12
Ubicación geográfica y zona de influencia del proyecto....14
Problemática que aborda el proyecto....17
Población relacionada con el proyecto....18

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL PROGRAMA....19
Organización....19
Estrategias....20
Constelaciones....20
Asamblea....20
Colectivos....21
Acompañamientos Terapéuticos....21
Identificación del problema central donde interviene el programa....22
Implementación del proyecto: Reflexiones y aprendizajes de la experiencia....30
La experiencia de los usuarios y usuarias....31

REFLEXIONES DEL EQUIPO....40
Metodología para dar a conocer el proyecto....46
Estrategias para promover la inclusión social y rehabilitación de participantes....48
Estrategias de rehabilitación con usuarios....48

ESTRATEGIAS DE TRABAJO EN RED....53
La experiencia desde la mirada del equipo....53
La experiencia desde la mirada de miembros de la red....55
Evidencia de la efectividad de las estrategias y desafíos en implementar un modelo con enfoque de derechos....58
Obstáculos para avanzar en la rehabilitación de los usuarios....62
Innovaciones que el proyecto SENADIS aporta al desarrollo del programa....67
Proyecciones y propuestas para sostener las estrategias....68

BIBLIOGRAFÍA....71

ANEXO Nº1....75

PRESENTACIÓN

La Corporación Comunidad Terapéutica de Peñalolén, CORDES, que realiza y ejecuta el presente proyecto financiado por el Servicio Nacional de la Discapacidad, SENADIS, es una corporación sin fines de lucro que ha trabajado por más de 25 años en el campo de la salud mental, con personas en situación de exclusión social. Su misión es promover la inclusión al ámbito social, trabajando con las comunidades, familias y fortaleciendo a las y los participantes en sus dimensiones de sujetos de derecho, ciudadanos y ciudadanas, como resultado de un tratamiento e intervenciones sociales. La visión de la organización es colaborar en la construcción de una sociedad tolerante, inclusiva y participativa.

Sus miembros son de una amplitud de especialidades profesionales, competencias técnicas, sensibilidades de la vida, y características personales. Más allá de estas diferencias, sin embargo, comparten convicciones y objetivos relacionados con mejorar las condiciones de inclusión de las personas en situación de discapacidad en nuestra sociedad. En particular, están convencidos de que asegurar el bienestar de las personas en situación de discapacidad de Chile, y su acceso a oportunidades plenas de justicia y desarrollo, es una base absolutamente necesaria para la construcción de una sociedad más justa, humana y equitativa.

La presente sistematización se ha desarrollado en torno al trabajo conjunto, la reflexión, análisis y debate de ideas más el espíritu de cooperación. Este espíritu nos ha permitido desarrollar con amplitud y perseverancia, las distintas visiones en torno a esta iniciativa, desde las personas en situación de discapacidad psíquica que participan del programa, los familiares de los participantes y las profesionales y técnicos, todos quienes hacen posible que la iniciativa se lleve a cabo. El resultado de este esfuerzo es el Informe que entregamos hoy a la organización.

Durante los últimos 6 meses hemos escuchado las ideas y aportes de muchas personas vinculadas directa o indirectamente a la organización; hemos investigado acerca de elementos de inclusión social, justicia, salud, educación y otros; hemos revisado evidencia disponible en una diversidad de ámbitos; y hemos debatido y acordado, con flexibilidad y generosidad, la sistematización que hoy presentamos.

Muchas de las preguntas y opciones que se plantearon inicialmente en el trabajo para responder la problemática inicial, son de alta complejidad, involucran opciones sustantivas de política pública y afectan potencialmente a una diversidad de legítimos intereses económicos, jurídicos, sociales, familiares y personales. Sin embargo, más allá de posturas específicas que son absolutamente válidas, la sistematización se centra en observar y comprender como sienten y perciben los involucrados el tipo de intervención propuesto por la organización y si existen acuerdos en torno a los objetivos propuestos y la forma en que estos se llevan a cabo.

Los instrumentos que nos permitieron realizar la presente sistematización, son básicamente entrevistas focales, personales más un complemento de matriz de marco lógico, que nos mostrará en forma esquemática como se estructura el presente proyecto.

En una primera fase, se trabajó en la identificación del problema central a resolver, por medio de un diagnóstico amplio, que permitió establecer las causas y efectos del problema y con esta base plantear los objetivos propuestos, esquematizando la intervención en la metodología MML (CEPAL, 2005); en la segunda fase, se relevó el levantamiento o la voz de los participantes en las distintas instancias: su funcionamiento, tiempo y percepciones sobre sus logros. También recogimos la percepción de las familias, la red de organizaciones de apoyo y las profesionales que participan en el programa, con esto se reconstruyó el modelo que expresó las condiciones que deben cumplirse para que el problema se desarrolle y resuelva sus nudos; y en la tercera fase, se muestran las conclusiones y alternativas, en la forma expresada por los participantes. En esta tercera fase relacionada con las conclusiones, se incorporan los elementos necesarios para mantener el seguimiento y control sobre la gestión de la solución.

Esperamos que el tema que se propone hoy esté a la altura de las necesidades del colectivo de personas en situación de discapacidad psíquica. Las personas con discapacidad de nuestro país requieren que los actores institucionales y ciudadanos que participan del mismo o están vinculados, desplieguen amplios niveles de inclusión, tolerancia, perseverancia, flexibilidad y generosidad. Sólo así podremos avanzar en el interés superior del colectivo aludido.

Por último, queremos reconocer y agradecer, a todos los participantes de la presente sistematización a ciudadanos y representantes de instituciones que aportaron desinteresadamente a nuestro trabajo, reuniéndose con nosotros, al colectivo de personas en situación de discapacidad y al equipo profesional y técnico que labora día a día para que el objetivo de disminución de vulneración sea una realidad. Esperamos sinceramente que este Informe logre ser un aporte al arduo y destacado trabajo que realiza la comunidad en el proceso de inclusión de las personas en situación de discapacidad.

Martín R. Quevedo Godoy
Sociólogo

ANTECEDENTES DEL PROYECTO

Antecedentes generales del proyecto y resultados esperados

El proyecto sistematizado lleva por nombre "Estrategias Comunitarias para el Acceso a los Derechos a través de la Rehabilitación Basada en la Comunidad: Acompañamientos para el Acceso a Derechos, pro Autonomía y Participación Comunitaria"

Los objetivos son: Facilitar que 7 mujeres y 13 hombres en situación de discapacidad de causa psíquica, participantes de la Comunidad Terapéutica de Peñalolén accedan a derechos económicos, sociales y culturales y alcancen el mayor grado posible de autonomía personal y participación, a través de la implementación de Estrategias Comunitarias de Acceso a Derechos, a través de estrategia RBC (ECAD – RBC) en los ámbitos de:

_ Salud
_ Trabajo
_ Protección Social
_ Estudios y capacitación
_ Participación Ciudadana
_ Autonomía

Cada uno de estos ámbitos o dimensiones, cuentan con resultados esperados, los cuales son medidos a través de indicadores que cuentan con sus respectivos medios de verificación. En un capítulo posterior se identifica un cuadro con la representación gráfica del tema.

El diagnóstico médico de los beneficiarios/as al ingreso es mayoritariamente esquizofrenia, con tratamiento médico en la red de salud mental en el área oriente de Santiago. Son habitantes de las comunas de Peñalolén, Ñuñoa y la Reina. Todas y todos ellos han sido derivados por la red de salud, la red municipal y por consulta espontánea a programas de rehabilitación orientados a la inclusión comunitaria. Las personas que participan del programa son atendidas por diversos equipos (Programa de Intervención Especializada, COSAM, CRS, Centros APS, Hospitales de Día, DIDECO) dada la complejidad de sus situaciones, mediana a alta dependencia, escasa autonomía, con dificultades importantes en reconocer y acceder a derechos, familias con sobrecarga, precariedad en las condiciones de vida.

El Programa de Rehabilitación desarrollado por la Comunidad está orientado principalmente a los sectores de mayor pobreza de las comunas de Peñalolén y La Reina, que no han accedido o han visto muy limitado su acceso a procesos de rehabilitación continua y a largo plazo. En este sentido se desarrolla un plan de trabajo en acuerdo con cada una de las personas en base a la situación que viven, que involucra intervenciones grupales dentro y fuera de la Comunidad, intervenciones

individuales (tutorías con T.O. y psicóloga, acompañamiento terapéutico), intervenciones y asambleas con familias, trabajo y coordinación con redes sanitarias y sociales, además de trabajo conjunto con universidades.

Parte del trabajo está enfocado en la planificación e implementación de la estrategia acompañamiento terapéutico. Esto está pensado para un grupo de 6 hombres y 7 mujeres, aunque este número es variable dependiendo de cada situación y la etapa en que se encuentran de su proceso de inclusión. Un elemento a considerar en la intensidad de las intervenciones es la situación de beneficiarias que tienen a su cuidado uno o más hijos (entre 2 y 18 años). Para la planificación e implementación de esta estrategia el equipo cuenta con financiamiento parcial, aun pensando en este subgrupo de 13 personas.

El ingreso de personas al programa Comunidad Terapéutica es variable, durante este año estamos trabajando con un total de 30 personas, sus familias y su entorno más próximo. Sin embargo, no nos es posible abordar con la estrategia de Acompañamiento Terapéutico (en adelante AT) a toda esta población de manera simultánea.

El programa cuenta con financiamiento de SENADIS, SSMO, Fundación Rostros Nuevos, Municipalidad de Peñalolén, y el total de estos convenios y aportes financian parcialmente el trabajo realizado por el equipo, constituido por terapeutas ocupacionales (68 horas), psicólogas (66 horas), secretaria (40 horas) y talleristas (20 horas). El programa semanal se realiza de lunes a viernes, entre 9:00 y 17:00hrs.

Antecedentes sobre Salud Mental en Chile

El desarrollo normativo en materia de discapacidad se ha acelerado en los últimos años desde la aprobación en Chile de la Ley N°19.284 que establece las "Normas para la Plena Integración Social de Personas con Discapacidad", la cual fue la primera en abordar y desarrollar la temática, hasta contar en la actualidad con la Ley N° 20.422, que establece "Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad".

Pero sin duda, los instrumentos normativos que han revolucionado esta materia gracias a sus significativos aportes, han sido:

a) La Convención de las Naciones Unidas de los Derechos de las Personas con Discapacidad, CDPD, ratificada por Chile el 28 de Agosto del 2008 y,

b) Las Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad.

c) Respecto a la política de Salud Mental en Chile la última versión es el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2001, el cual incluye la mayoría de los componentes que recomienda la OMS/OPS, que ha sido una fuente permanente de orientación para el desarrollo de planes y programas de atención, a partir de la conferencia de Caracas del año 1990 (WHO, OPS, & MINSAL, 2014).

El país no dispone de una legislación específica sobre salud mental. Sin embargo, varias leyes que han entrado en vigencia en los últimos 8 años incluyen disposiciones sobre salud mental, de las cuales las más relevantes son:

_ Ley N° 20.584 que regula los Derechos y Deberes que tienen las Personas en relación a las Acciones Vinculadas a su Atención de Salud (2012).

_ Ley N° 20.422 que establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad (2010).

_ Decreto Nº 201 que promulga la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo (2008).

Entre las falencias de la legislación en salud mental en Chile, se destacan las siguientes:

_ En el artículo 12 de la CDPD se reconoce la capacidad jurídica, sin embargo, no hay reglamento que garantice dicha situación.
_ Se permite declarar la interdicción de una persona con discapacidad mental con facilidad y nombrar un curador para que maneje sus bienes.

_ Se establece que el derecho de las personas con discapacidad mental para conocer la información de su ficha clínica puede ser negado a criterio del médico tratante, en contraposición con el estándar de la OMS.

_ No se contempla la creación de una autoridad independiente para supervisar las hospitalizaciones involuntarias y otras restricciones de
derechos ni establece mecanismos de apelación.

_No reconoce el derecho exclusivo de las personas con discapacidad mental a dar consentimiento para procedimientos irreversibles (como es el caso de la esterilización y psicocirugía).

_ No se contempla la creación de una autoridad independiente para supervisar las hospitalizaciones involuntarias y otras restricciones de derechos ni establece mecanismos de apelación.

_ No reconoce el derecho exclusivo de las personas con discapacidad mental a dar consentimiento para procedimientos irreversibles (como es el caso de la esterilización y psicocirugía).

Ubicación geográfica y zona de influencia del proyecto

Las instalaciones de la corporación CORDES se encuentran en la comuna de Peñalolén y es parte de la red de salud mental y psiquiatría del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, la cual cuenta con una gama de servicios con distintos niveles de complejidad.

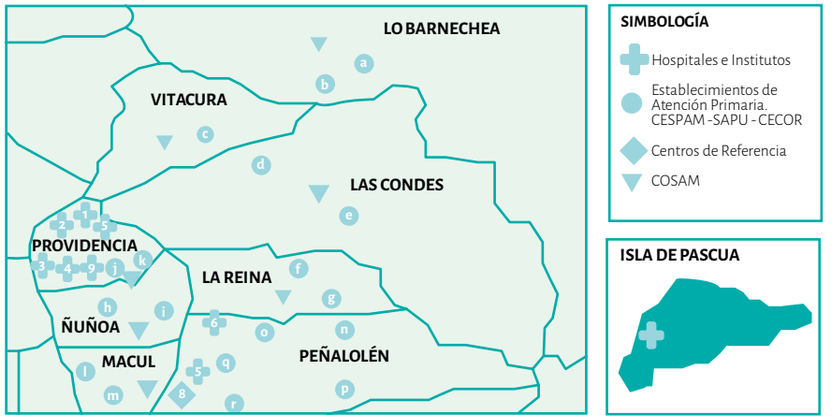
En el Anuario Estadístico 2012, del Departamento de Estadísticas y Gestión de la Información, se señala lo siguiente:

> *"En las comunas de la red funcionan 20 centros de salud de atención primaria, que son la principal puerta de entrada al sistema público de salud y otras estrategias. En ellas también se encuentran 8 Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) y 4 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOF)".*

Avanzando en complejidad, se encuentran 7 Centros Hospitalarios, 1 de Especialidad y un Hospital Consultorio en la Isla de Pascua en los que se encuentran respuestas a los problemas de alta y mediana complejidad.

Se dispone de una completa Red de Urgencia, en los que actúan coordinadamente los SAPU (Servicios de atención primaria de Urgencia) comunales y las Unidades de emergencia hospitalaria.

CUADRO N° 1:
RED DE ESTABLECIMIENTOS DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANA ORIENTE (DEIS, 2012)



a Lo Barnechea
b Bicentenario
c Vitacura
d Apoquindo
e Aníbal Ariztía
f La Reina
g Juan Pablo II
h Salvador Bustos
i Rosita Renard
j El Aguilucho
k Dr. H Alessandri
l Pedro A. Hurtado
m Felix de Amesti
n Cardenal S. Henríquez
o La Faena
p Carol Urzúa
q Lo Hermisa
r San Luis

1 Inst. Nac. De Geriatría
2 Hospital del Salvador
3 Haspital de Neurocirugía
4 Inst. Nac. Enf. Resp. Tórax
5 Hospital Luis Tisné
6 Instituto Rehabilitación P.A.T.
7 Hospital Hanga Roa
8 CRS Cordillera
9 Hosp. Luis Calvo MAckenna

Los establecimientos de la red oriente comprenden a 8 comunas de la Región Metropolitana más la Isla de Pascua, con un total de población según proyecciones del CENSO 2012 de 1.191.329 habitantes (Tabla N° 3). Para el caso de la comuna de Peñalolén la cantidad de personas inscritas y validadas por FONASA llegaron a 206.691 habitantes (Tabla N° 4).

TABLA N° 1:
POBLACIÓN SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE
2005 - 2012

La población de cada comuna la podemos observar en la tabla N° 4, la cual muestra que la comuna de Peñalolén es la que tiene mayor cantidad de personas del sector Oriente, con 206.691 habitantes, lo que corresponde a un 33.6% del total de la población del sector.

AÑO	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
2005	1.166.105	537.476	628.629
2006	1.170.981	539.991	630.990
2007	1.180.232	544.653	635.579
2008	1.185.130	547.138	637.992
2009	1.190.018	549.613	640.405
2010	1.194.756	551.972	642.748
2011	1.190.665	549.954	640.711
2012	1.191.329	550.324	641.005

Fuente: INE 2012

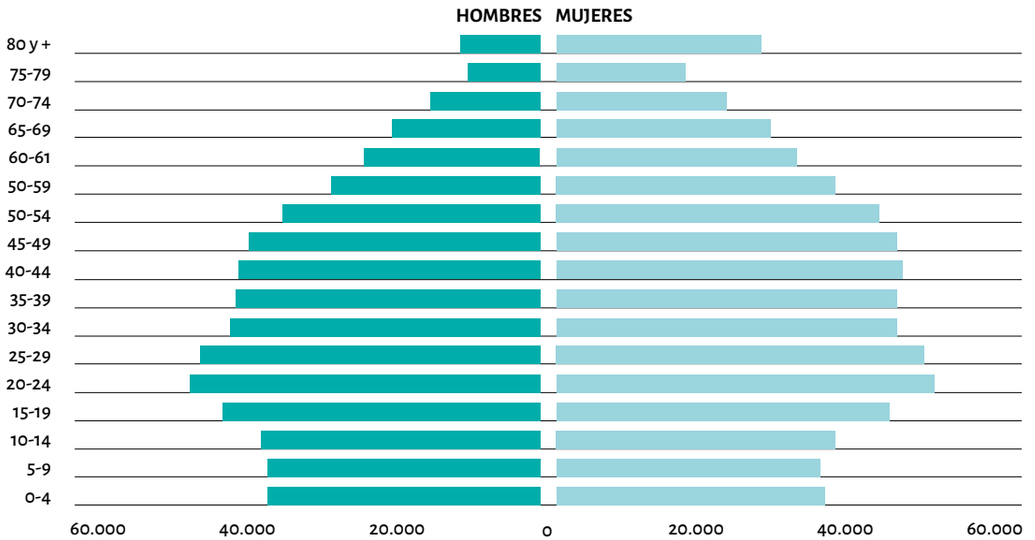
TABLA N° 2:
POBLACIÓN INSCRITA VALIDADA POR FONASA
2006 – 2012 SSMO

COMUNA	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
LA REINA	33.533	35.805	33.226	33.699	33.918	34.992	34.988
LAS CONDES	59.936	65.396	67.039	70.323	67.569	72.377	72.293
LO BARNECHEA	31.714	32.729	33.528	34.248	35.021	36.417	36.411
MACUL	90.328	92.442	96.811	108.132	112.789	119.282	119.150
ÑUÑOA	70.088	73.476	74.770	76.337	75.714	78.175	78.161
PEÑALOLÉN	164.937	172.774	183.054	191.605	199.836	207.620	206.691
PROVIDENCIA	37.607	41.576	45.854	45.745	46.786	47.335	47.328
VITACURA	16.400	17.306	19.645	20.028	20.175	20.294	20.208
TOTAL SSMO	504.543	531.504	553.927	580.117	593.818	616.492	615.230

Fuente: FONASA

En la pirámide poblacional podemos apreciar que en los primeros años de vida existe una mayor cantidad de hombres, proceso que comienza a revertir a partir de los 15 años en adelante, llegando a duplicar la cantidad y más, a partir de los 80 años en el sector oriente de la Región Metropolitana, tal cual lo muestra la pirámide poblacional del gráfico N° 1".

GRÁFICO N° 1: PIRÁMIDE POBLACIONAL 2012 SSMO



Fuente: Elaboración del Depto. Estadísticas SSMO en base a población INE 2012

Problemática que aborda el proyecto

El problema principal que aborda está relacionado con la dificultad en el acceso a derechos de las personas en situación de discapacidad de causa psíquica, tales como: educación, trabajo, salud (incluye rehabilitación), protección social, participación comunitaria y vivienda.

En conversación con el equipo de profesionales de la Comunidad, se llegó a la conclusión que el problema principal que aqueja a las y los participantes del proyecto es el "alto nivel de vulneración de derechos de las personas en situación de discapacidad de causa psíquica de causa psíquica, en las dimensiones enunciadas".

Esta visión acerca de las problemáticas centrales, no omite las perspectivas de las políticas específicas orientadas por criterios estandarizados, por ejemplo, en base a diagnóstico médico. La gran mayoría de

las personas que participan en la Comunidad, han sido previamente diagnosticadas con esquizofrenia. Hay antecedentes a partir del Anuario Estadístico del Servicio de Salud Metropolitano Oriente (2012), que señalan que los tratamientos que integran un adecuado uso de psicofármacos, con intervenciones de tipo psicosocial, demuestran sistemáticamente el mayor nivel de efectividad, que alcanza a 60% de los casos (MINSAL, 2006).
En el mismo anuario, encontramos: "Los programas que han demostrado el mayor costo efectividad son aquellos basados en estrategias comunitarias. Son clínicamente efectivos para la administración de los cuidados de personas severamente enfermas, y permiten reducir los costos aumentando la satisfacción del usuario. Existe evidencia que los equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria en la comunidad logran una mayor adherencia de los usuario/as al tratamiento que los servicios tradicionales, una reducción de la tasa de internación hospitalaria y de muerte por suicidio" (MINSAL, 2006).

La estrategia de atención en redes sociales permite incorporar recursos potenciales habitualmente sub utilizados. "La activa participación de las familias y de instancias de la comunidad que proporcionan un efectivo soporte social complementario al tratamiento permite una mayor cobertura, un seguimiento más eficaz y personalizado del paciente, corresponsabilidad o tratamiento compartido en la atención continua de los casos, simultáneamente con un menor consumo de los recursos de mayor costo dentro del sistema de salud, como son las hospitalizaciones y la atención por especialistas" (MINSAL, 2006).

Población relacionada con el proyecto

En la medida que se conozcan mejor las particularidades de la población afectada por el problema, mayor será la posibilidad de logro de los objetivos de la intervención, dado que tendrán absoluta correspondencia con los y las protagonistas de la misma.

La población beneficiaria o participante corresponde a 20 personas (7 mujeres y 13 hombres), que participan del programa con financiamiento SENADIS.

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL PROGRAMA

Organización

CORDES surge inicialmente como una ONG, Comunidad Terapéutica Diurna de Peñalolén (en adelante, Comunidad), con apoyo de la Cooperación Italiana. Es un centro de rehabilitación ambulatorio, que planifica e implementa sus intervenciones desde un enfoque de derechos (Pereda, Sandoval, & Silva, 2013).

Los ejes con los que la corporación desarrolla su trabajo son la autonomía, participación, ciudadanía, el ejercicio de los derechos en salud, vivienda, educación, trabajo. Las personas con las que trabaja tienen dificultades graves para acceder a estos y otros derechos, comúnmente producto del estigma y discriminación hacia personas con problemas graves de salud mental. En este sentido la ética de trabajo es generar condiciones para que estos grupos accedan como ciudadanos/as y no en una calidad de "discapacitados", "enfermos" o "locos" (Pereda, Sandoval, & Silva, 2013) .Las personas que consultan y participan en la Comunidad son hombres y mujeres, entre 18 y 60 años, del área oriente de la región metropolitana, en Santiago de Chile. "Son personas que padecen sufrimiento mental, algunas recientemente, otras traen largos años de este padecer" (Pereda, Sandoval, & Silva, 2013).

Esta condición mental se ha producido en sus historias de vida, junto a sus familias y comunidades, también en contextos educacionales y laborales. Muchas de estas personas han estado encerradas en sus casas durante largo tiempo, resolviendo por el apoyo de algún familiar, lo básico: la alimentación, el abrigo. Al transitar por circuitos cotidianos, intentando ser parte del tejido social, la violencia de la normalización, del sistema neoliberal y de la funcionalidad y eficiencia, las ha expulsado y devuelto a sus casas, despojadas de su condición de ciudadanos y por lo tanto de sujetos de derecho (Pereda, Sandoval, & Silva, 2013).

Aun considerando la condición mental y su expresión en la vida cotidiana como pilares centrales para pensar el trabajo, el énfasis tanto al ingreso como en el desarrollo del plan de intervención, está puesto en lo situacional que incorporando la cotidianidad orienta la asistencia, las ayudas técnicas, los servicios de apoyo, colaboración y el diseño de estrategias más apropiadas en coherencia con un enfoque de derechos humanos y un modelo psicodinámico, en atención a las necesidades del grupo de personas descrito y de los diferentes equipos de tratamiento. Se releva de esta manera la prioridad del contexto, por sobre el foco exclusivo en el sujeto o en el fenómeno psicopatológico. Y fundamentalmente formaliza el objeto de tratamiento y sujeto de intervención, respetando la condición mental (Pereda, Sandoval, & Silva, 2013)

Estrategias

En el desarrollo de los años de intervención la comunidad ha diseñado e implementado diversas estrategias para enfrentar los procesos de desinstitucionalización, propuesta eje del proceso de reforma psiquiátrica. Esto significa implementar las estrategias para dar inicio o retomar algo del lazo social, reivindicando el principio de Autonomía para la inclusión social. El proceso de desinstitucionalización es una interpelación a los equipos de salud mental, a reflexionar sobre las prácticas y sobre el encuentro con las condiciones reales y concretas del contexto nacional que la producen y reproducen. Esto exigió a la organización estar atenta al diálogo con los referentes locales y atentas a las constantes presiones del asistencialismo (Comunidad terapéutica de peñalolén, 2015).

La estrategia desarrollada ha estado y está en proceso permanente de evaluación, un colectivo en devenir, con el objeto de retomar siempre los objetivos y atender a propósitos emergentes, en función de las condiciones contextuales para desarrollar el trabajo. Ha sido en base a estos procesos de revisión, que se ha podido visualizar y visibilizar que hay ámbitos, como el acceso al trabajo, que requieren atención especial y exclusiva (Comunidad terapéutica de peñalolén, 2015).

Constelaciones

Consiste en reuniones solicitadas por el equipo a otros equipos de la red de atención, en conjunto con todo aquel interesado en la situación de una persona en particular. Por ejemplo, para un grupo de 45 personas, fue necesario implementar constelaciones a propósito de 5 situaciones. Participaron integrantes de equipos como: COSAM, Amasandería, CRS, hogares protegidos, familias. Esto implica trabajo de coordinación y de tiempo, que es una articulación compleja dadas las condiciones actuales de cómo se piensa e implementa la rehabilitación. Si bien es un esfuerzo, no es imposible. El propósito de esta convocatoria es el encuentro para intercambiar visiones entre todos los interesados, tanto de los equipos que toman contacto o tratan de algún modo, a la familia y lógicamente con la persona en particular (Cordes, 2015).

En esta reunión, cada participante plantea los asuntos que presentan alguna dificultad y, en conjunto, se analizan y priorizan, estableciendo acuerdos de cómo trabajar. Ha sido importante para el equipo dejar registro escrito de esta intervención y diseñamos un formato para esto. Luego, se organiza la forma de dar seguimiento a este proceso (Cordes, 2015)

Asamblea

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

articulen los diferentes espacios de la comunidad. Es también un espacio de observación del grupo (Cordes, 2015).

Con los años las inquietudes han podido ser abordadas de forma más sistemática y se ha desarrollado y organizado el trabajo en colectivos y comités" (Cordes, 2015) Los comités son Economía, Intercambio, Comunicaciones y otros contingentes.

Colectivos

El equipo comprende los colectivos como "grupalidades que se organizan y encuentran en torno al acceso a algún derecho en particular. En estos años, se han desarrollado con frecuencia variable, colectivos de vivienda, laboral, educación, salud, protección social, participación comunitaria, dental" (Cordes, 2015).

El grupo es facilitado por una o más T.O. Se caracteriza por ser grupos abiertos en donde se colectiviza el interés por tomar lugar en el mundo social, se comparten experiencias de acceso a determinado derecho, las dificultades para el ejercicio del derecho, las formas de ser acompañado, y los significados que cada persona da a este deseo y experiencia" (Equipo, 2015)

Acompañamientos Terapéuticos

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

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

En todos estos ámbitos se ha podido generar condiciones para que la atención sea digna, oportuna y más flexible para permitir que cada persona logre, con sus dificultades y miedos, establecer contacto e intercambiar apoyos y, finalmente, sea estatuido como sujeto de derecho (Pereda, Sandoval, & Silva, 2013)

Identificación del problema central donde interviene el programa

Como punto de partida de las reuniones de trabajo estuvo la identificación de cuál es el problema que más complica a las personas con discapacidad psíquica, que participan en el programa.

Desde esta perspectiva nos centramos en el enfoque de marco lógico, el cual se centra en la resolución de problemas a través de la identificación de tres elementos centrales:

_ Una Situación Actual (o situación problema), que corresponde a la realidad presente, en que una parte de la población no logra avanzar, en algún aspecto, hacia un estadio mejor;

_ Una Situación Potencial (o situación deseada), que es ese estadio mejor, que sería viable alcanzar; y

_ La presencia de determinados tipos de obstáculos o de Barreras existentes, las cuales impiden que la situación actual evolucione hacia la situación potencial detectada.

La solución a la situación-problema conlleva a determinar la manera de sobrepasar las barreras, de modo que la situación actual empiece a evolucionar hacia su potencial, en forma natural y estable. Los programas y proyectos específicos tienen el propósito, justamente, de actuar sobre esas barreras, de modo de eliminarlas o aminorarlas para así poder sobrepasarlas.

Los problemas planteados fueron en parte extraídos de las diferentes situaciones y discusiones que fueron conformando el problema, diagnóstico o situación actual de las personas en situación de discapacidad psíquica en la comuna.

Esta tarea se realizó inicialmente con una lluvia de ideas sobre los posibles elementos centrales del problema utilizando las siguientes preguntas guías iniciales:

¿En qué consiste la situación problema?¿Cómo se manifiesta? ¿Cuáles son sus síntomas? ¿Cuáles son las causas inmediatas? ¿Qué factores, sin ser causas directas, contribuyen a agravar la situación-problema?

La importancia de estas interrogantes está dada por la necesidad de separar, hasta donde sea posible, los factores que pueden considerarse como causales de la situación-problema, de aquéllos que meramente condicionan la intensidad con que ésta se manifiesta.

Este procedimiento nos permitió, por un lado, separar lo que son síntomas de los que son causas, y por otro, facilita la identificación de temas que constituyen nudos en torno a los cuales se concentran elementos del diagnóstico.

Se observa que las causas del problema central son: bajo nivel de inclusión educativa, bajo nivel de inclusión laboral, bajo nivel de acceso a la salud, bajo nivel de acceso a la protección social, bajo nivel de acceso a la participación comunitaria, bajo nivel de acceso a la vivienda, bajo desarrollo de intersectorialidad, estigma social y, por último, pocas políticas públicas dirigidas a salud mental.

Entre los efectos, planteamos: bajo nivel de ejercicio de derechos de las personas en situación de discapacidad de causa psíquica, se mantiene o aumenta el sufrimiento mental, aislamiento y exclusión social, aumento de posibilidades de cronicidad e internación, aumento de carga del grupo familiar, alto nivel de vulneración de derechos, lo que en general trae como consecuencia un *"bajo nivel de inclusión social de las personas en situación de discapacidad"*.

Es en base a este diagnóstico, que planteamos algunos de los objetivos para abordar el problema.

En este sentido el árbol de objetivos se transforma en la identificación de estrategias plausibles de solución, las causas del problema las transformamos en medios de solución del problema y los efectos en fines de estos mismos.

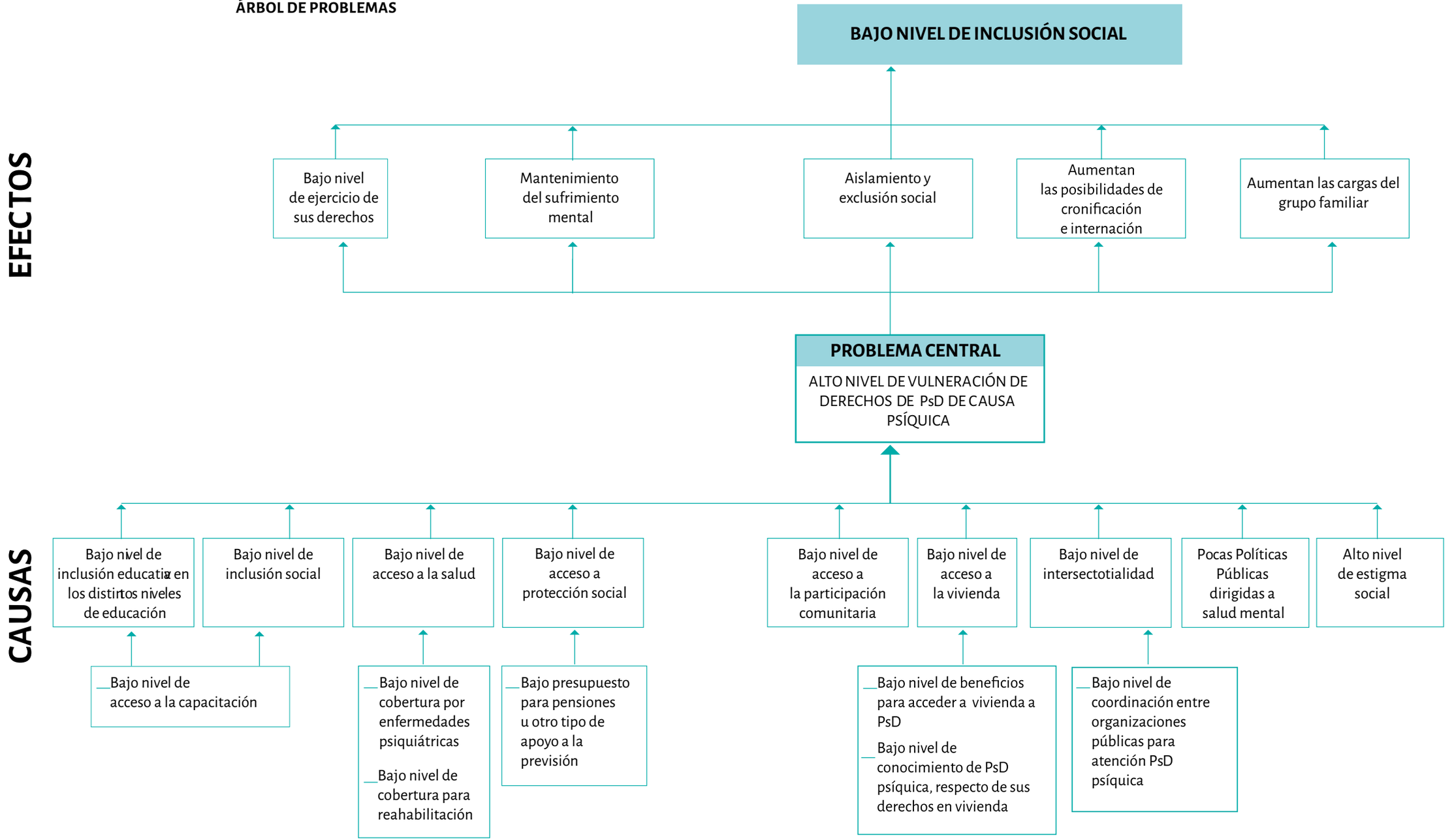
El primer paso en el proceso de identificación de las soluciones consiste en llegar a una definición de cuál es la situación futura deseada como una solución aceptable a la situación-problema.

Para este caso, la situación final considerada como deseable es disminuir los niveles de vulneración de derechos de las personas en situación de discapacidad de causa psíquica y aumentar el nivel de inclusión social de estas personas.

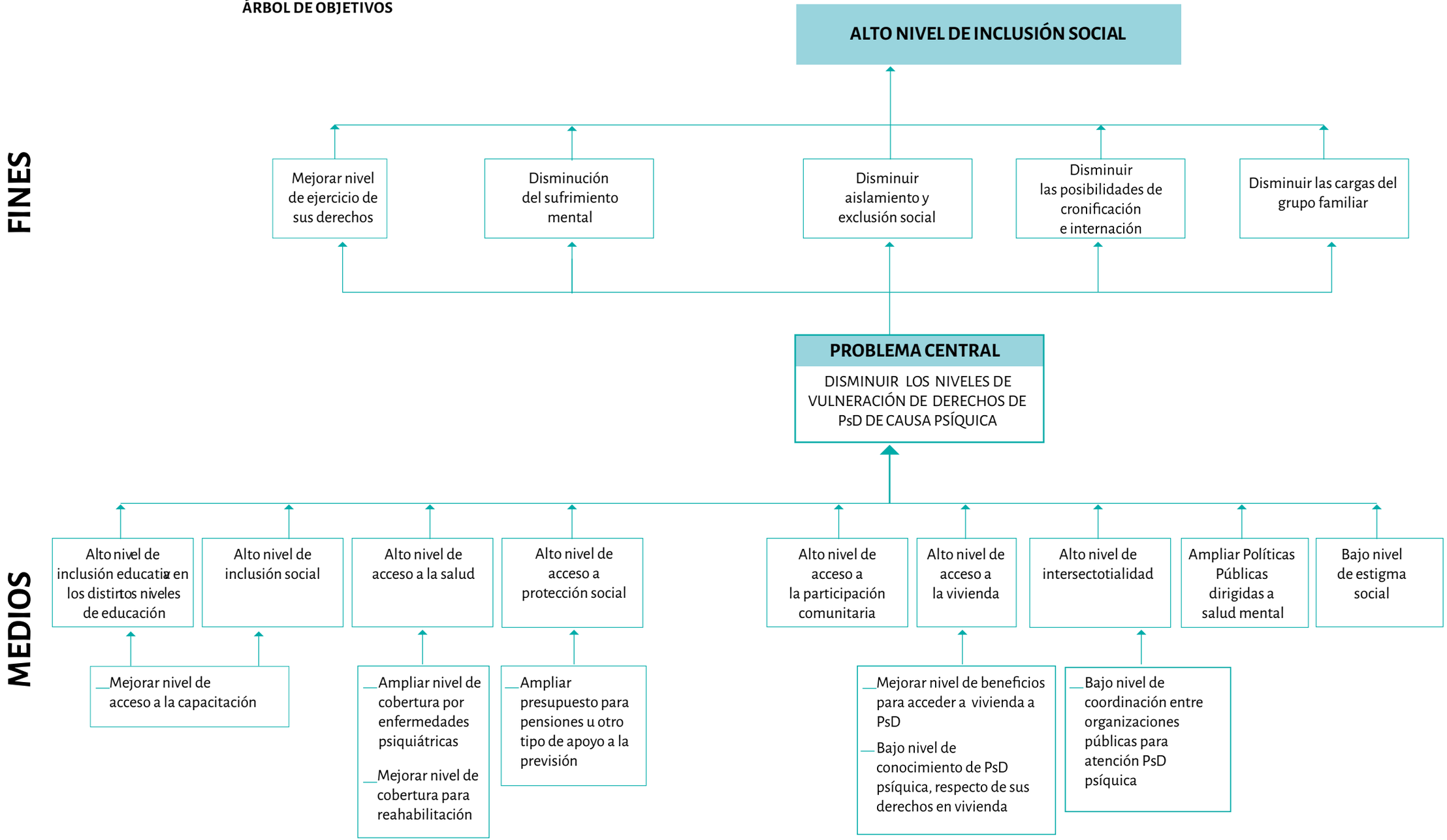
En anexos se presenta un ejercicio que no pretende ser un análisis de costo exhaustivo del programa, sino más bien mostrar solo los esfuerzos necesarios para llevar a cabo el financiamiento de la iniciativa actual.

Los indicadores, medios de verificación y supuestos están incorporados en la matriz que se muestra a continuación en la tabla N° 3.

CUADRO N° 2:
ÁRBOL DE PROBLEMAS



CUADRO N° 3:
ÁRBOL DE OBJETIVOS



FIN	INDICADOR	MEDIO VERIFICACIÓN	SUPUESTO
Mejorar nivel de inclusión social de un grupo de personas en situación de discapacidad de causa psíquica de la comuna de Peñalolén	Personas en situación de discapacidad de causa psíquica participantes del programa ECAD-RBC mejoran inclusión social		
PROPÓSITO	**INDICADOR**	**MEDIO VERIFICACIÓN**	**SUPUESTO**
Disminuir los niveles de vulneración de derechos de un grupo de las personas en situación de discapacidad de causa psíquica	Beneficiarios aumentan en un 60 % los niveles de cobertura en salud, acceso al trabajo, SPS, Estudios y capacitación, participación,autonomía satisfacción con programa ECAD-RBC	Informe de cada una de las áreas de intervención por beneficiario del programa	Mantención de política pública en la comuna de Peñalolén relacionada con apoyo a las personas en situación de discapacidad de causa psíquica
COMPONENTE	**INDICADOR**	**MEDIO VERIFICACIÓN**	**SUPUESTO**
1. Acceso a cobertura en salud	90% de los beneficiarios del programa se realizan examen preventivo en salud en centro APS correspondiente entre enero y diciembre del 2015	Registro de examen preventivo a través de talón de comprobante de atención	Programas de apoyo en salud permanecen activos en la comuna de Peñalolén durante el año 2015
	90% de las beneficiarias del programa se realizan control ginecológico al día a diciembre del 2015	Registro de examen ginecológico a través de talón de comprobante de atención	
	90% de los beneficiarios del programa acceden a rehabilitación en CTP correspondiente entre enero y diciembre del 2015	Registro de atención en CTP a través de talón de comprobante de atención	

COMPONENTE	INDICADOR	MEDIO VERIFICACIÓN	SUPUESTO
	90% de los beneficiarios acceden a tratamiento en salud	Registro de atención través de talón de comprobante de atención	
2. Acceso al trabajo	50% de los participantes del programa interesados en trabajar consiguen un trabajo entre enero y diciembre del 2015	Fotocopia de contrato de trabajo	Programas de apoyo a la inserción laboral permanecen activos en la comuna de Peñalolén durante el 2015
	40% de los participantes del programa se mantienen en un trabajo por 3 meses consecutivos	Fotocopia de contrato de trabajo por más de 3 meses	Programas de apoyo a la inserción laboral permanecen activos en la comuna de Peñalolén durante el 2015
3. Incorporación al SPS	100% de los participantes del programa con su RND o en trámite	Certificado de tramitación. Carnet RND	COMPIN mantiene proceso de tramitación y cobertura durante al año 2015
	90 % de los participantes interesados en PBS, acceden a esta entre enero y diciembre del 2015.	Certificado de tramitación o asignación de pensión.	SPS mantiene y aumenta su cobertura durante el año 2015
4. Acceso a estudios / capacitación	75 % de participantes del programa interesados ingresan al sistema formal de estudios.	Certificado de alumno regular en el sistema formal de educación.	Programas de apoyo al término de la enseñanza básica y/o media permanecen activos en la comuna de Peñalolén durante el 2015
	75 % de participantes del programa interesados ingresan al sistema de capacitación	Certificado de participación en el sistema de capacitación	Programas de capacitación permanecen activos en la comuna de Peñalolén durante el 2015

COMPONENTE	INDICADOR	MEDIO VERIFICACIÓN	SUPUESTO
5. Acceso a participación ciudadana	60% de los participantes del programa se incorporan a una organización fuera del programa CTP entre enero y diciembre del 2015	Fotocopia de acta donde se incorpora persona participante del programa CTP	Organizaciones de la comuna de Peñalolén, mantienen abierta la posibilidad de ingreso
6. Autonomía	Participantes del programa mejoran en un 40% los niveles de autonomía para acceder a sus derechos	Aplicación (antes – después) de instrumento para medir autonomía	
7. Nivel de satisfacción con el programa ECAD-RBC	90% de los participantes del programa se sienten satisfechos con la participación en el programa	Resultados de la aplicación del Cuestionario de satisfacción usuaria	
8. Difusión y socialización de la experiencia	Creación de un documento de sistematización de la experiencia ECAD-RBC	Documento físico de la sistematización de la experiencia ECAD-RBC. Presentación de la sistematización en seminario.	Se mantiene financiamiento SENADIS para sistematización durante 2015

Implementación del proyecto: Reflexiones y aprendizajes de la experiencia

En el periodo de junio-agosto 2015 se realizaron una serie de grupos focales con el objetivo de recoger la experiencia, reflexiones y observaciones de los usuarios, usuarias, sus familias y el equipo acerca de la implementación del modelo de intervención de la Comunidad y la efectividad de la estrategia RBC, que contempla acompañamiento terapéutico (AT), colectivos y trabajo en redes, del proyecto financiado por SENADIS. A continuación los resultados.

La experiencia de los usuarios y usuarias

La sesión contó con la activa participación de 12 personas, 9 usuarios y 3 usuarias, quienes en promedio han estado participando entre uno y seis años en la Comunidad. Todos se conocieron en el programa, a excepción de dos participantes que se conocieron previamente en un comedor comunitario. Todo/as son participantes en el proyecto SENADIS a excepción de un participante, ya egresado del programa, quien señaló que siempre mantiene el nexo con la terapeuta y la comunidad y viene cuando lo invitan a eventos importantes.

> *"Llegué hace como cuatro años y he notado que he progresado un poquito, pero todavía vivo con mi papá, lo que quiero es ir a estudiar al extranjero."*

> *"Vengo del 2007 más menos, bien. He ido en alza y agradecido lo he dicho hartas veces, de los profesionales y los talleristas, muy agradecido porque me siento comprendido por ellos, y también agradecido a la gente que me acogió cuando recién llegué y por los compañeros con quien comparto, es una buena instancia para obviamente sentirse mejor, sanarse, acostumbrarse, re acostumbrarse de cómo era uno antes."*

> *"Soy dueña de casa, aquí me han ayudado bastante a salir adelante, y afrontar la vida, ahora afronto todo lo que viene y trato de ser fuerte, y muchas cosas más."*

> *"Hace un año dejé de venir porque estaba trabajando, pero me reincorporé porque me animó la comunidad."*

Previo a ser derivados a la Comunidad, a excepción de un participante, todos habían estado en instituciones psiquiátricas, ya sea internados y/o en modalidad de tratamiento diurno. Varios indicaron haber estado más de una vez hospitalizados. Destacaron que desde que participan en la Comunidad no han tenido necesidad de volver a hospitalizarse . Un participante señaló que había sido derivado durante su segunda hospitalización pero comenzó a participar regularmente luego de una tercera hospitalización y desde entonces no ha vuelto a internarse. Algunos han participado en talleres en programas de hospital de día, principalmente.

> *"Yo estuve en el hospital de día, de enero a diciembre, iba todos los días de la semana de 8 a 2 de la tarde, y después me derivaron a este programa".*
> *"Cuando me enfermé caí al Horwitz, la primera vez en el 2001 he ido como tres veces, la última vez que fue el 2005 y he vuelto a la comunidad".*

> *"Yo también estuve un año en el Horwitz… después me trasladaron al hospital de día…después me trasladaron acá."*

Todos indican haber recibido una buena acogida. Señalan que al principio se sintieron tímidos, costaba comunicarse, y estaban algo desorientados, sin embargo con el tiempo han logrado desenvolverse, conversar y convivir, hacer amistades y encontrar compañeros, aprendiendo gradualmente a tener más confianza, sintiéndose comprendidos y apoyados tanto por los profesionales como por sus compañeros.

> *"Me siento comprendido…desde el primer día que llegué acá primero comencé con las tutorías, antes de ingresar a los talleres, estuve con tutoría con la psicóloga y la T.O., cuando llegué acá me sentí apoyado"*

> *"Cuando llegué era como un pajarito, me ayudó la T.O. que se fue a Suecia. Estoy tan agradecida de ella, ella me buscó al COSAM, me buscó al psiquiatra… aquí cuando me citan me dicen a las 11 a las 11 me atienden, están los remedios [en el COSAM], está todo a mi alcance"*

Sentimiento de apoyo por parte del equipo. Hay consenso que las integrantes del equipo se preocupan por ellos. Destacan que siempre hay disposición a escucharlos. Refieren que aunque estén "enfermos", se sienten tratados como *"personas normales, con todos los mismos derechos de una persona sana"*.

> *"Mira siempre hay una actitud cariñosa de parte de las terapeutas hacia todos. Desde que yo estoy acá nunca nadie nos ha retado, o llamado la atención con un enojo, sino que siempre hay una buena disposición hacia uno, se preocupan por uno, si uno no viene lo llaman (varios participantes asientan…). Uno les dice "es que no tuve ánimo para ir", y nos dicen "si quieres puedes adelantar una hora con tu tutora, si sientes que estás teniendo una recaída"*

La Comunidad es una alternativa para estar. Participar es flexible y según las posibilidades de cada uno. Muchos asisten la semana corrida y otros alternan días, vienen a sus sesiones de tutoría y a talleres. Relatan que sus familias se preocupan de que asistan regularmente.

> *"En mi casa se enojan si yo no vengo, me dicen que me ayuda mucho para salir adelante. Si falto, más lo que me retan. En mi casa somos una familia muy unida y yo llegué aquí por mis malas conductas, pero aquí al fin al cabo he conocido muchas buenas personas, aquí somos también como una familia"*

> *"Vengo martes a tutoría con la terapeuta ocupacional, el jueves con la psicóloga y el viernes a taller de mosaico"; "Yo vengo toda la semana (se ríen y comentan, ¡si pudieras vendrías hasta los fines de semana!)"; "Vengo lunes a jueves porque el viernes me toca amasandería."*

Las tutorías y el AT les permiten comprenderse como sujetos de derecho. Las actividades más importantes y valoradas son el acompañamiento terapéutico y las tutorías, con el apoyo de terapeutas y acompañantes, han aprendido a desenvolverse de forma más autónoma, a comprender mejor su condición, a acceder como sujetos de derechos. Las tutorías están

disponibles para todos quienes las necesiten. Señalan que las terapeutas en práctica son muy cariñosas, siempre tienen disposición a acompañarles y voluntad de explicarles lo que necesiten comprender mejor. Esto es permanentemente comprendido por el equipo como parte del trabajo.

> *"A mí me acompañan al consultorio, también a la muni. A mí me gusta ¿sabe por qué? Porque a donde vamos con la tutora nos toman más en cuenta, no porque somos enfermos, a uno le ayuda mucho estar acompañado. Cuando empecé y me dijeron si quería que me acompañaran, yo dije ay no, acompañarme… ay no! después me di cuenta que era importante porque uno a veces no entiende las palabras que dicen los médicos, entonces, después la acompañante me explica las cosas"*

> *"A mí me acompañaban a tomar la micro y ahora ya puedo ir y volver a casa solo. Cuando se necesita algo siempre hay disposición a que una persona nos pueda acompañar, si uno lo necesita, si lo pide."*

Los colectivos son instancias de aprendizaje para intercambiar experiencias. Hay varios tipos de colectivos en los cuales pueden optar a participar, según las necesidades de cada persona. Algunos participan en más de un colectivo. Cada colectivo se reúne una vez al mes. Los consideran valiosos porque en el colectivo pueden compartir con otros cuando necesitan apoyo en algunas etapas del proceso. En los colectivos se comparte información y estrategias para acceder a los derechos. Citan como ejemplo la importancia del colectivo de vivienda para alguien que quiera optar por vivir solo, siendo esta una aspiración de muchos que aún viven con sus padres. Es una instancia de reconocerse con los otros, en situaciones que son comunes y que en forma individual no se había podido identificar como problema.

> *"Por ejemplo en el colectivo de salud, dependiendo de la enfermedad física que uno tenga, se orienta para que se haga los exámenes necesarios y organiza para que vaya al hospital, y si necesitas acompañamiento alguien te acompaña al hospital"*

> *"Yo he participado en el colectivo laboral. En el comentamos la experiencia que hemos tenido en los trabajos, las buenas y las malas experiencias…lo bueno es que no te presionan para trabajar, igual participas en el colectivo, y cuentas lo que estás haciendo mientras no trabajas. Conversamos de cómo usar nuestro tiempo mientras no trabajas."*

Los talleres y las actividades del ambiente y lazo favorecen la vida comunitaria y la cotidianidad. Complementando el trabajo grupal en colectivos, los usuarios también participan en talleres que se realizan regularmente todas las semanas. Son instancias donde esencialmente se promueve compartir la vida en comunidad, encontrar espacios de apaciguamiento y de sentido. Son oportunidades para desenvolverse en diferentes contextos.

> *"También está el bazar. Cuando yo empecé le tenía mucho miedo a la gente… tenía que aprender a hacerle frente a las personas…yo afronté todo eso, por eso yo aprecio mucho el bazar porque superé mis miedos a la gente… la plata va a la asamblea… "Ahí sale (muestra la pizarra que señala el monto*

recaudado a la fecha). La plata se usa para distintas necesidades, por ejemplo comprar guantes para trabajar en el huerto, o para tener mejores luces, entonces también se utiliza para eso"

Las asambleas son instancias para organizar el colectivo. Realizadas una vez a la semana, los/las participantes consideran las asambleas importantes porque es un espacio paritario, para compartir con otros, pensar la cotidianidad y tomar responsabilidades en la Comunidad. Se elaboran propuestas de actividades, como también para abordar la economía colectiva.

"*Proponemos ir al cine, ir de paseo. Son iniciativas nuestras. Si alguien propone algo, nos coordinamos, por ejemplo ir al museo de historia natural, hacer una caminata, a ver una exposición, al cine, uno de nosotros ve que hay en cartelera y propone, y se reúne un grupo, los que quieran para ir al Cine. A veces vamos solos, a veces con estudiantes en práctica*"

Apoyo mutuo y ambiente contenedor son valorados en la cotidianidad. Los usuarios relatan cómo tratan de estar al tanto de cada uno y apoyarse para salir adelante en lo cotidiano, y cuando necesitan ayuda para superar momentos difíciles. Distinguen que no es su responsabilidad resolver los problemas del otro y reconocen cuando un compañero/a necesita recurrir a las tutoras. En lo cotidiano comparten tareas y responsabilidades que son parte de la vida en Comunidad.

"A veces alguien dice pasé todo el fin de semana angustiado… cuando uno está mal yo hablo con mi tutora."

"Nos apoyamos cuando hay que hacer aseo. El aseo lo dividimos, a uno le toca la cocina, el baño. Nos ayudamos, o reemplazamos si se necesita. El otro día tuve que llevar cosas y dos compañeros me ayudaron."

Participar en la comunidad terapéutica les permite avanzar en sus metas, apreciar sus logros y aprender hacer ejercicio de sus derechos. La aspiración de algunos de los usuarios es vivir independiente y conseguir trabajo. Muchos se sienten preparados para hacerlo pero no cuentan con recursos económicos propios y deben continuar viviendo con sus padres. Solo un participante señaló que ya vive solo. Varios viven en hogares protegidos. Tanto participar en la Comunidad como vivir en hogar protegido les ha permitido avanzar hacia la independencia. Pero aún sienten que tienen mucho que aprender, como ejemplo citan saber cocinar mejor, ser más ordenados en su espacio, saber cómo manejar sus platas. Reconocen que están en una etapa de transición hacia la tan aspirada independencia.

Hay quienes aún no han completado su educación y tienen como meta terminar cuarto medio o terminar estudios superiores. Para otros la meta es lograr integrarse mejor en la Comunidad, especialmente con sus compañeros/as. Declaran que su condición mental a menudo les impide ser más sociables, particularmente en momentos de angustia o crisis, se encierran en sí mismos y se aíslan del colectivo; indican que sus compañeros lo notan y los ayudan. Algunos sienten que aún

tienen que controlar los síntomas de sus problemas mentales, están conscientes y aprendiendo a vivir con ellos. Al ver lo que otros compañeros han logrado, se sienten más fuertes para afrontar las dificultades que la vida les trae. Mencionaron que su deseo es superar sus miedos, miedo a interactuar en público, miedo a viajar, entre otros que les impide ser más independientes.

Quienes llevan más tiempo participando en el programa sienten que han avanzado mucho en metas que al inicio les parecían lejanas y difíciles de lograr, mientras que otros participantes que se incorporaron más recientemente, aún están dando pasos para integrarse al colectivo, resolver asuntos familiares para lograr su autonomía, y reconocerse plenamente como sujetos de derecho. Para los últimos, el saber que otros compañeros ya han logrado muchas metas, es un ejemplo e incentivo para seguir participando e intentando avanzar. Sus testimonios son elocuentes y son prueba que participar en la Comunidad les ha permitido lograr avances significativos.

"Mi meta es independizarme, conseguir un trabajo, vivir solo con mis propios medios económicos, estoy preparado pero no tengo plata."

"Estoy juntando plata, postulando a subsidios. Algún día tendrá que llegar. Ahora vivo en un hogar protegido, opté por esa opción por los conflictos con mi familia. Yo he tenido muchas internaciones y cuando estaba viviendo con mi familia, tenía hasta dos internaciones por año"

"Yo vivo solo, mi meta es afiatarme más en eso. Por ejemplo soy malo para cocinar, cocino corbatitas todos los días, por eso quisiera tener mejores hábitos en la cocina. Me he logrado estabilizar, no tengo deudas, las tenía antes, pero me he ordenado en las platas, sin tentarme de comprar cosas, lo único que gasto es en libros, los elijo con pinzas, ese libro que compro puede pasar un año y lo vuelvo a leer."

"Saben yo he logrado lo que he querido, he logrado llevar adelante mi hogar, he salido de mis deudas, he tratado de valerme por mi misma… todos aquí estamos enfermos pero tenemos que aprender a afrontar nuestros problemas. Imagínese si no los afrontamos estaríamos más enfermos de lo que somos, tenemos que aprender a afrontar a la sociedad, empezando por la familia."

"Yo estoy prácticamente cumpliendo mis metas, estoy estudiando… Estoy cumpliendo todo eso, aprendiendo a enfrentarme a eso sin tanto miedo, sin tanto nerviosismo, pero me gustaría estar con los pies más en la tierra siempre, es difícil para mí porque a veces estoy en la luna, empiezo a pasarme rollos. Antes traté de estudiar pero era irregular, desde el 2013 estoy más constante."

"Igual que mis compañeros estoy en la etapa de cumplir metas… estudié del 2009 al 2013 y ahora trabajo y vivo con amigos, y como mi compañero, no son corbatitas pero como lentejas, son ricas y baratas. Entré estudiar ya con la enfermedad pero antes de venir a la comunidad terapéutica, cuando llegue acá comencé a trabajar. Llevo 4 años trabajando."

"Yo tengo la meta de viajar pronto y volver a estudiar allá… me gustaría manejarme bien solo como la hacía cuando era chico… tener apoyo del gobierno en lo psicológico, y teniendo mis medicamentos al día…"

Los cambios más importantes que han logrado desde que participan en la Comunidad. Es consenso en la mayoría de los/las participantes que participar en la Comunidad les ha permitido lograr cambios importantes en su calidad de vida. Señalan que no tener que ser internados es un gran cambio. Asimismo, es un cambio significativo el comunicarse mejor y más; interactuar con otras personas y aprender a expresar mejor lo que sienten o piensan. Otro cambio importante que señalan es poder relacionarse con el mundo y con la gente de una forma menos delirante, más realista y con menos miedos. También indican cambios importantes en sus relaciones familiares, producto de una mayor seguridad en sí mismos y una mejor comunicación al abordar problemas. Ha incrementado su autoestima y se valorizan más como personas. Sin excepción todos opinan que ha sido una buena experiencia estar en la Comunidad, han habido aprendizajes.

"Estoy agradecido de haber pasado por acá, por eso vengo cuando me llaman, a pesar que ya tengo más armada mi situación, aquí entregan herramientas, metodología, cumplir horarios… aunque casi yo no vengo, igual tengo una tutoría con la terapeuta una vez al mes, nos encontramos a tomar un cafecito… todavía tengo un nexo con la comunidad."

"Cuando llegué era muy cerrada con las tutoras, no hablaba de mi y me costaba expresarme… he cambiado porque ahora me expreso más, ahora digo lo que siento e incluso he podido llegar a llorar… pensaba dejar de estudiar, pero no lo hice porque mis compañeros me decían que no lo hiciera"

"Ahora estoy agarrando más confianza con las personas, y a poder programarme para el futuro"

"Cuando estoy en mi casa no interactuó socialmente. Cuando me enfermé perdí mis amigos, cuando vengo aquí puedo interactuar socialmente, y en aterrizarme más en el sistema por ejemplo tener una pensión de invalidez, hacer el trámite, o en el caso de optar por subsidio habitacional, antes de venir aquí no tenía idea que podía acceder a eso, no tenía idea que existía eso, estar aquí me ha permitido aprender que sí se puede hacer."

"Aquí tengo otras personas… ahora me quiero, me amo como soy, me he valorizado como mujer por la confianza que me han dado aquí"

La experiencia terapéutica les ha permitido hablar de su enfermedad en el entorno en el cual viven y empatizar con otras personas con condiciones mentales similares. Señalan que el sistema en general tiene pocas comunidades como esta y pocas personas saben que acogen personas con

problemas de salud mental. Aún prevalecen prejuicios sociales y discriminación hacia las personas con problemas graves de salud mental, no solo en la sociedad sino también al interior de sus familias. Señalan que muchas personas no saben aceptar las diferencias. Atribuyen ello a la ignorancia, a modo de ejemplo cuentan que hay quienes aún piensan que la esquizofrenia puede ser contagiosa. Sienten que lo último que la familia quiere es tener un "enfermo mental", tienen miedo y no afrontan la situación, dejando a la persona sin el apoyo que necesitan.

Producto de participar en la Comunidad Terapéutica ahora pueden hablar con otras personas, sin embargo, todavía hay quienes sienten vergüenza de contar lo que les pasa con la experiencia del sufrimiento mental. Varios participan en iglesias, mencionan católica, mormona y evangélica, son instancias donde reciben apoyo y comprensión y donde pueden también ayudar a otras personas. Conocen personas que sufren enfermedades mentales pero que no cuentan con apoyo para rehabilitación.

"Yo pertenezco a una escuela espiritual. Nada de religión, cuando me integre ahí comencé a conocer gente que me entendía, con el tiempo se fueron transformando en mis mejores amigos, es otra comunidad de apoyo que tengo. Ahora tengo menos amigos pero de mejor calidad"

"Cuando yo voy al salón del culto semanalmente hablo con una señora que me junta reciclaje para traer acá… yo le digo que me avise si hay otra persona pasando por lo mismo. Puedo hablar con otras personas por lo que estoy pasando, porque muchas personas tienen vergüenza de contar lo que les pasa con la enfermedad mental."

"Yo hablo con personas en mi comunidad para que ayuden a otras personas que pasan por lo mismo. Cuando yo pasé por la crisis, mi familia no sabía que me estaba sucediendo, estaban muy confusos, por eso yo cuento en otros lugares lo que hacemos aquí, para que tomen atención, entiendan y ayuden que otras personas que están pasando por lo mismo, puedan venir, para que las envíen para acá"

Obstáculos que aun enfrentan y para superarlos necesitan apoyo de la comunidad terapéutica. Respecto a tener una mejor calidad de vida, lograr mayor autonomía en sus vidas, y respecto a mejorar relaciones familiares, participantes en el grupo focal mencionaron que el mayor obstáculo es mejorar el estado anímico, la tendencia a deprimirse y aislarse. En segundo lugar mencionaron dificultades en tomar iniciativa, ser más responsables con las cosas que tienen que hacer, y "mejorar el carácter".

"Cuando estoy bien, estoy más despierto, más conversador. Pero si estoy más pa´ dentro me puede perjudicar en hacer una vida más normal."

"Tiendo a deprimirme mucho, y me empiezo a pasar rollos. El otro obstáculo es ponerme más responsable con las cosas que tengo que hacer, pero si estoy deprimido, no las hago, por ejemplo yo soy músico y dejo de tocar."

"Cuando estoy solo con el bajoneo, empiezo a sentir que me persiguen, que hay una conspiración"

"Necesito tener más iniciativa propia, por ejemplo para buscar trabajo. Volví a la comunidad cuando falleció mi papá, porque estaba muy bajoneado, ahí tome iniciativa."

"A uno le cuesta hacer las cosas. Muchas veces no quiero hacer nada nada y lucho contra eso, de no ser floja, de cumplir mis responsabilidades, pero es una lucha constante, con el cansancio, el desánimo, que no me lo gane…me trato de dar ánimo y tomar iniciativa."

"Necesito ayuda con mi carácter, con el mal genio, salir del encierro y dejar de aislarme en mi mundo… cuando vengo estoy mejor, no es como en mi casa donde soy puro malgenio, me encierro en mi pieza y mi cabeza vuela, cuando salgo de eso comienzo a pensar mejor"

Asocian en gran parte la falta de iniciativa como también el bajo estado anímico, a la dosis y los efectos secundarios de los medicamentos, citan como ejemplo la somnolencia. Aunque por una parte aceptan que tienen que tomar medicamentos, les cuesta aceptar que les suban la dosis cuando tienen recaída.

"Me cuesta aceptar que cuando me enfermo la psiquiatra me suba los remedios… me cuesta aceptar eso… porque al tomar tantos remedios uno se siente más mal todavía, no por un remedio sino por la cantidad de remedio que uno tiene que tomar."

"Yo tomo todos mis remedios en las noches, si no lo hiciera no podría trabajar. Eso lo decidí yo, porque a otros amigos que los toman en el día están sin ánimo de hacer nada. Para mí ha sido la solución tomarlos de noche. Lo que quiero decir que mientras sea la carga (de remedios) nocturna, mejor rinde uno en el trabajo"

Recomendaciones al equipo para responder mejor a las necesidades de los/las participantes. La principal recomendación fue incluir atención psiquiátrica en la Comunidad Terapéutica. Ven ello como una manera de integrar mejor el componente psiquiátrico al modelo de la Comunidad Terapéutica, y facilitar la comunicación entre el equipo y los psiquiatras que los atienden; integrar la mirada psiquiátrica de la enfermedad con la modalidad de acompañamiento terapéutico y actividades de la Comunidad. Opinan que la mirada de la psicosis y el sufrimiento mental es distinta, hay cosas que los psiquiatras piden que son distintas a la que pide una psicóloga. El psiquiatra podría ayudar a comprender mejor la enfermedad que cada uno tiene, mientras que la psicóloga aporta en aspectos más emocionales y otros miembros del equipo ayudan con adquirir habilidades. En el

aspecto práctico, opinan que eso haría más expedito y más barato el control psiquiátrico (menos viajes, menos espera, menos costos de traslado del usuario). Hay que considerar que el modelo propuesto por la política pública en salud mental, contempla que la atención médica es otorgada en los centros de salud como COSAM, Hospitales de Día, Servicios de Psiquiatría de hospitales generales. Y contemplar coordinaciones de los equipos ambulatorios psicosociales con las y los médicos psiquiatras.

"Otra que podrían incluir pero que no hay acá, es atención psiquiátrica, tener un psiquiatra aquí en la comunidad, solamente tenemos atención psicológica. Para ver a los psiquiatras cada uno lo hace por su lado, entonces tener un psiquiatra acá sería mucho mejor y más barato, a lo mejor el gobierno podría aportar, porque aporta muy poco a la Comunidad. La atención psiquiátrica pudiera ser pagada mediante un subsidio del gobierno, un psiquiatra que viniera a veces en vez de cada uno tener que ir a otro lado"

LA EXPERIENCIA DE LAS FAMILIAS

Se realizaron dos sesiones focales en las cuales participaron en total cuatro representantes de familias cuyos hijos participan en el programa, tres de los cuales desde hace cinco años y uno que comenzó a participar el año pasado. Adicionalmente se recibieron las reflexiones –por escrito, de un papá quien no pudo asistir.

Derivación al Programa y Acogida en la Comunidad Terapéutica. Las madres relataron brevemente la génesis de la historia de cada hijo, y cuál ha sido su experiencia como familia antes y después de ingresar al programa de la Comunidad Terapéutica. Dos de las personas fueron derivadas al programa mediante contacto del psiquiatra con las terapeutas de la Comunidad, uno fue derivado por el psicólogo que lo atendía en el hospital y una mamá señaló que los derivó la terapeuta de otro programa de salud mental comunitario que cerró hace años. Una mamá ya conocía la Comunidad por otro caso. En un caso, la madre relata que la terapeuta inicialmente y por varios meses realizó visitas al hogar hasta que se consideró que el hijo estaba preparado para comenzar a participar en la Comunidad. Todos los hijos estuvieron previamente hospitalizados en instituciones psiquiátricas con distintos diagnósticos médicos, pero con similar gravedad para el desarrollo de sus vidas.

Las historias familiares tienen mucho en común: años de angustia tratando de ayudar a sus hijos, sin contar con un diagnóstico certero que les permitiera comprender qué le ocurría, y sin sistema de apoyo para contener y ayudar al grupo familiar a través del proceso de hospitalizaciones y tratamiento. Relatan que las hospitalizaciones fueron experiencias muy duras al ver a sus hijos encerrados y bajo los efectos de medicamentos muy fuertes. Verlos tan aislados y confundidos ha sido doloroso. Todas las familias han cargado con mucho estrés emocional y también económico. La enfermedad de los hijos ha sido una carga pesada. La llegada a la Comunidad y la participación de sus hijos en el programa de rehabilitación social es percibida por todas como un gran alivio.

> *"Mi hijo hace 20 años comenzó a estudiar en la universidad… vivíamos en otra ciudad… empezó con una serie de síntomas pero el diagnóstico tardó mucho. Fueron años, para unos era una crisis vocacional, para otros inmadurez, luego empezó a estudiar en otra Universidad, pero pasaron muchos años sin saber lo que tenía, se decían muchas cosas para intentar explicar lo que le ocurría…dejó de hacer todo, dejo de estudiar, de hacer su vida… aplicaron los médicos la psicocirugía dos veces… llegó años después a la comunidad que ha sido fundamental para mi hijo y para nosotros con mi marido"*

> *"Con mi hijo primero fue una crisis que le dio… al día siguiente al consultorio… una crisis, lo derivaron al psicólogo, luego de siete meses sin tomar remedios, pero en julio del año pasado le vino una crisis fuerte. Lo llevamos a la posta…al Horwitz, de tanto rogarles lo dejaron hospitalizado. De allí lo enviaron acá… cuando llegamos me gustó la calidad de las profesionales, porque yo sentí que me vinieron a sacar una mochila de encima"*

> *"Mi hijo de chico era entusiasmado con los estudios, terminó el cuarto medio, fue al pre universitario y luego empezó a estudiar en instituto pero lo dejó, quiso estudiar otra cosa… logró terminar los 4 años y allí dejó todo… se chantó, no hizo tesis, no hizo nada más…la comunidad terapéutica ha sido muy buena, había otro personal hace años cuando la conocí, pero ahora es lo mismo. La acogida es muy buena, es una ayuda para mí como mamá y a mi hijo le ha ayudado mucho. "*

> *"El trato aquí es muy cercano y muy profesional, dedicado a uno… este es un lugar protegido y es muy importante encontrar un lugar de contención para uno como familia."*

Comprendiendo cómo funciona la Comunidad Terapéutica. Vienen cuando las citan, y colaboran cuando se les pide, sin embargo no tienen muy claro cómo funciona el programa, en particular cómo se financia, como el equipo saca adelante los proyectos, y aun cuando sus hijos asisten regularmente, solo saben acerca de las actividades en que cada uno participa. Esto denota una mirada parcial e individualizada del programa, no visualizan el conjunto de actividades que el programa ofrece.

> *"No lo tengo tan detallado, mi hijo no viene todos los días, viene a la asamblea, viene a uno que otro taller, sé que ahora este año se formaron talleres (se refiere a los colectivos) que tratan con temas de sus derechos, como habitacional, asistencia social, pensión solidaria…pero no conozco tan bien como funciona todo"*

> *"He estado pendiente de lo que necesitan. Siempre asisto cuando nos citan…uno aporta también un poquito, si yo puedo encantada aporto …todo esta bonito, acogedor, la oficina, la cocina, pero no sé cómo se financia, cómo sacan adelante los proyectos, no sé si tenemos aquí una agrupación de familiares."*

> *"No sé si a ustedes les pasará lo mismo, pero yo siento que está bien venir una vez a reunión mensual, uno comienza hablando de cómo están los hijos pero después uno termina hablando de todo lo que ocasiona la situación del hijo. Pero me falta, no sé si será por dejación o que, saber cómo realmente ahora está funcionando, qué aportes están teniendo, si todavía tiene aportes municipales, o de otros socios que tenían, hacen el bazar y remates y venden ropa, yo también les traigo ropa, pero no lo sé qué recursos reciben"*

Participar en el programa ha sido de gran ayuda para sus hijos, pero toma tiempo que cambien y se independicen. Están contentas por los avances y logros que observan en sus hijos, lo atribuyen al apoyo terapéutico y las actividades en las cuales participan. Se ha trabajado muchas cosas importantes, tal como ser más organizados con su tiempo, ser más responsables en cumplir con sus compromisos y tareas. Citan ejemplos de logros que sus hijos han tenido producto de participar

regularmente. Destacan que mientras más tiempo llevan en el programa, más capaces son de ser independientes, aun cuando algunos todavía dependen de sus padres y no han logrado vivir solos, desearían que eso ocurriera.

> *"A mí me gustaría que le enseñaran más el orden donde él vive…me gustaría que le ayudaran con esas cosas, pero por otro lado él está bien, hace sus cosas, tiene su plata, está ahorrando… acá conversamos con la terapeuta, que él ya no es un niño"*

> *"Mi hijo estaba muy entusiasmado que iba a empezar yoga, porque él piensa que le hace falta. También le encanta que han salido más paseos en la naturaleza, allí en la quebrada de Macul, eso le gusta mucho… está fascinado con salir más."*

> *"Mi hijo aprendió a hacer mosaicos muy lindos. Y luego fue a un taller de joyas afuera, y se ganó un proyecto con todo el equipo para hacerlas… mi familia estaba toda maravillada, porque nosotros nos habíamos aislado, éramos solos, nadie nos visitaba, por lo mismo. Cuando mi familia vio los cambios, decían pero qué maravilla… pero desde que se independizó no quiere ir a la casa"*

Actividades y frecuencia con que participan las familias. Valoran mucho cuando hay encuentros con integrantes del equipo. Algunos de éstos son asambleas con todas las familias y otros son intervenciones en relación a la situación particular. En estos encuentros pueden participar las y los usuarias/os de la Comunidad. La frecuencia de las intervenciones de cada familia depende de cada situación. No está establecido a priori.
Lo consideran un espacio de participación, contención y orientación, donde pueden contar sus vivencias y compartir sus dolencias, allí tratan diversos temas, a veces son temas relacionados a problemas que persisten e interfieren con la rehabilitación de sus hijos, otras veces tratan de los cambios que va experimentado la familia. La reunión también es útil porque reciben información del programa en general y de qué manera pueden colaborar.

> *"En esa reunión a veces tratamos acerca de mi hijo pero otras veces no sale en la conversación… porque su enfermedad ha traído una dinámica diferente en la familia y repercute en todos nosotros"*

> *"El año pasado asistí a dos reuniones, una para ver el informe de mi hijo que envió el médico, la otra fue a final de año, como cierre de año"*

Apoyo entre las familias del programa. Respecto a si las familias tienen oportunidad de apoyarse mutuamente y si existe una agrupación o asociación de familiares en el programa que dé la bienvenida a familias que ingresan por primera vez al programa y apoyarlas en la primera etapa,

respondieron que no pero que sería lindo que ocurriera, se conocieran y pudieran apoyarse más entre ellas. Lo atribuyen en parte a falta de tiempo y de esfuerzo de su parte. Relatan que en ocasión de una reunión –por el remate o la navidad, se quedaron pasada la hora de término porque tenían ganas de compartir y conversar más, se dijeron "tenemos que juntarnos" pero no ocurrió.

> *"Yo siento que venimos y aquí nos entregan todo, pero siento que nosotros como papás podríamos cooperar y coordinarnos un poco más, sin intervenir en lo que está haciendo el programa."*

> *"Nosotros podríamos organizarnos, formar una directiva, algo de eso conversé con la terapeuta antes que se fuera, por ejemplo que como familias hiciéramos un proyecto, lo cual le pareció muy bien. Yo tengo un grupo de voluntariado que organizamos en Macul y nos hemos ganado proyectos por eso yo más o menos sé"*

> *"Qué rico sería poder traspasar la experiencia a otras familias, a mí me sirve increíble."*

> *"La gente no comprende lo que significa vivir con discapacidad mental. Muchas veces los equipos están colapsados y las familias pueden ayudar a visibilizar el tema de la salud mental porque son las mejores que pueden decir de propia experiencia lo que significa tener alguien con sufrimiento mental"*
> *"Entonces yo creo que nosotros las familias lo que podemos hacer es visibilizar lo que es salud mental, ellos se organizan solitos de forma independiente con su slogan, pero sí pudiéramos participar para visibilizar la salud mental"*

Progreso, cambios que han observado en sus hijos. En cuanto a los avances que sus hijos han tenido producto de participar en el programa, tal como una mejor calidad de vida, mayor autonomía, cumplimiento con el tratamiento psiquiátrico y con las actividades de la Comunidad, mejores relaciones familiares, etc. Las familias cuyos hijos están más tiempo en el programa reportan que han observado cambios positivos en todas las áreas mencionadas. Participar en la Comunidad se ha convertido en parte importante de sus vidas, les ha permitido compartir con otros, hacer amistades. Mencionan lo importante que ha sido su participación en la Comunidad, les ha permitido superar el aislamiento que acompaña la enfermedad mental. Se sienten sujetos de derechos, tienen mayor autonomía, tienen metas y proyecciones para sus vidas.

> *"Yo diría que ha habido cambios todas las áreas que usted nombró. Para comenzar, la aceptación de su enfermedad… Al principio para él era como una obligación pero después se dio cuenta que su enfermedad era complicada. Ahora él me llega hablando de sus compañeros, con un cariño muy grande; con algunos se han juntado para jugar fútbol, han ido al cine, se juntaron en la casa de alguno. Tiene mayor autonomía, o sea ha habido un cambio pero enorme… o sea el cambio es grande, de estar encerrado en la casa a ser capaz de venir a una comunidad y sentirse parte de ella."*

"He visto hartos avances, por ejemplo viajó a otra ciudad por varios días, yo tenía mucho miedo y allá todo fue bien, todo ordenado, los familiares estaban admirados… Lo que noto es que el piensa mejor desde que está aquí en el programa, está mejor, cumple con los horarios. Ha cambiado porque él ahora se está proyectando, lo que él quiere es vivir solo, para eso está juntando plata. Dejó de fumar para ahorrar"

"Yo encuentro maravilloso que se independicen. Yo encuentro que él ha progresado porque está participando, viene todas las veces que tiene que venir. Cumple pero no tiene entusiasmo. Lo que he notado, antes era más rebelde, ahora es más humilde, contesta bien"

Obstáculos por superar, en sus hijos y como familia. Los testimonios de las dificultades que aún enfrentan con sus hijos y como familias, son elocuentes. Se distinguen distintos ámbitos y niveles de dificultad que aún enfrentan y necesitan superar. Reconocen que es un proceso lento. Cada historia es única, sin embargo las experiencias familiares son muy parecidas. Todas han pasado por situaciones de gran estrés intentando comprender y dar respuesta a la enfermedad del hijo. No obstante reconocen avances importantes en la rehabilitación de sus hijos, tienen angustias y dudas de que hacer para ayudarlos a superar obstáculos. En relación a ser reconocidos y tratados como sujetos de derechos, mencionan dificultades por ejemplo, obtener la pensión de discapacidad, obtener trabajo adecuados a sus necesidades y condiciones. En relación a su tratamiento y bienestar emocional, señalan la dificultad de aceptar su enfermedad, de comunicarse mejor con la familia, y lograr mayor autonomía.

"Mi hijo lo que más quiere en este momento es irse a vivir solo, independizarse… no se pudo, aún sigue viviendo con nosotros, pero él lo necesita, es un hombre con muchas necesidades…de todo tipo… respecto a conseguir trabajo estable, él ha postulado a trabajos, pero no sé si debe o no contar acerca de su enfermedad… entonces yo digo, que debería existir una red de apoyo para el trabajo, para que conocieran las dificultades que tienen cada uno, de manera que no se les produzca una frustración tan grande"

"Estamos tramitando el carnet de discapacidad de mi hijo, para ver si en algún momento puede acceder a un subsidio habitacional…ahora por primera vez lo están considerando cómo allegado en la casa nuestra…"

"Él está diagnosticado desde el año 97…él ha logrado salir adelante en muchas cosas, no vive con nosotros y toma más responsabilidades… noto que ha crecido"

"Mi hijo yo siento que no está avanzando, hay que ayudarlo en todo."
"Cuánto ha costado, pero aquí mi hijo ha encontrado qué hacer, aquí le han enseñado, pero hay que tener harta paciencia."

Superar la discriminación social y lograr que los derechos de sus hijos sean respetados. La experiencia de las familias ha sido dolorosa respecto a la discriminación que sus hijos y ellas mismas han experimentado con la sociedad en general. Las representantes de familias concuerdan que un objetivo importante es la necesidad de educar a la sociedad acerca de la discapacidad por enfermedad mental como también a los medios de comunicación para que muestren de otra manera el problema de salud mental. Hay que sensibilizar, educar, para que la sociedad pueda comprender lo que es una enfermedad mental.

"Tiene que ser una educación profunda en todos los niveles, hasta a nivel mundial. Porque los niños nacen sanos pero luego uno no sabe qué les va a pasar. Una vecina me preguntó una vez que tenía mi hijo, le dije que había salido así del servicio militar. Luego nunca me volvió a preguntar. Dicen ´allí va el loquito´ pero no a la cara."

REFLEXIONES DEL EQUIPO

Se realizaron tres sesiones focales con el equipo profesional de la comunidad terapéutica, una entrevista con la terapeuta ocupacional (encargada del trabajo en red), y una sesión con miembros de la red. Dichas sesiones permitieron comprender la experiencia del programa en general y los aprendizajes derivados de la implementación del proyecto SENADIS.

Las reflexiones y aprendizajes están organizadas de la siguiente manera:

1. Metodología para dar a conocer el proyecto.
2. Estrategias para promover la inclusión social y rehabilitación de beneficiarios.
3. Evidencia de la efectividad de las estrategias y desafíos en implementar un modelo con enfoque de derechos.
4. Obstáculos para desarrollar el trabajo terapéutico.
5. Innovaciones que el proyecto SENADIS aporta al desarrollo del programa.
6. Proyecciones y propuestas para sostener las estrategias.

Metodología para dar a conocer el proyecto

El proyecto trabaja con usuarios que ya estaban con plan terapéutico establecido en el programa, ello ha facilitado su implementación. Al inicio se les informó mediante una reunión especial – una asamblea extraordinaria, especialmente convocada para asegurar buena asistencia. La reunión trató del proyecto y sus objetivos. Se les informó acerca de SENADIS, el acompañamiento terapéutico, los colectivos y otras estrategias del proyecto. Durante la sesión cada participante tomaba la decisión de participar o no del proyecto. En enero se realizó la convocatoria a las familias a quienes se les informó acerca del proyecto durante la asamblea, cuya temática principal fue presentarles información acerca del proyecto.

Con la red de colaboradores, sanitaria y no sanitaria. Primero fueron contactados vía mail y luego entre enero y marzo se realizaron una serie de visitas individuales. Citan: reuniones con DIDECO de la Municipalidad de Peñalolén, reuniones con consultorios y COSAM, con el servicio del Hospital El Salvador, y reunión con miembros de la Red durante su reunión mensual regular. Señalan que previo a reunirse con la red ya habían informado a varios de sus miembros durante febrero acerca del proyecto. Se priorizó hacer reuniones con cada equipo, pero con quienes no tenían tiempo o hubo dificultades de contacto, y se concretó durante la reunión mensual de la red de salud mental. Los objetivos fueron informar acerca del proyecto, actualizar información acerca de la Comunidad Terapéutica, y acordar mejor cómo ayudarse mutuamente. Les permitió además retomar nexos de colaboración que se habían perdido en el tiempo. Los resultados de las reuniones les permitieron fortalecer la comunicación y facilitar el acceso a servicios de los usuarios del proyecto. El equipo

considera que esto constituye además un beneficio mutuo, permitiendo que mediante esta comunicación con la Comunidad Terapéutica no sólo los usuarios del proyecto se beneficien sino que otros programas también puedan cumplir sus metas. Señalan que esto fue particularmente efectivo con los consultorios APS o CESFAM.

La experiencia también les ha permitido reflexionar acerca de prácticas asociadas a las intervenciones en red. Constatan que los profesionales de otros servicios no siempre tienen suficiente tiempo para reunirse e intercambiar información aun cuando es fundamental el trabajo en red para apoyar a los usuarios.

> *"Fue estratégico porque aprovechamos de decirles "trabajemos juntos", por ejemplo, pueden ayudarnos a agendar horas con el EMPA, a los demás dispositivos también les ayuda. De esa manera, algunos consultorios nos han facilitado bastante la gestión de conseguir hora para los usuarios, por ejemplo para control ginecológico con la matrona, para el EMPA, y si un participante no puede asistir, le vuelven agendar hora, en vez de que nuestro participante vaya a las 7 de la mañana y le den un numerito para ver si puede conseguir hora con la matrona. Esto lo ha hecho mucho más expedito el acceso a la salud de nuestro usuarios."*

> *"También nos permitió tomar contacto con un consultorio con el cual habíamos perdido conexión hace tiempo, nos permitió retomar eso sabiendo que teníamos una usuaria que se atiende allá. Se interesaron en reunirnos y contarles qué hacía la Comunidad"*

> *"Hablar con las redes no es una estrategia nueva para nosotras, todos los equipos que han pasado por acá lo han hecho, pero hay momentos como este en que se puede hacer de esta manera, más sistemática y organizada, y tener más recursos de tiempo, contar con recursos humanos, esa garantía lo permitió el proyecto, igual lo hacemos pero antes de manera siempre más discreta."*

> *"¿Una vez finalizado el proyecto tienen planes para compartir sus resultados con la Red? No lo hemos pensado. No hay exigencia de hacerlo, pero sería interesante hacerlo, formalizarlo, en parte quizás no pensamos en hacerlo porque el trabajo con los dispositivos, se mantiene y continua, pero puede ser una buena cosa hacer la devolución, precisamente para fortalecer el trabajo con los equipos."*

> *"Por ejemplo, con el COSAM de Peñalolén con quienes nos reunimos cada dos meses, hay un par de personas que creen en la importancia de eso por tanto destinan tiempo para hacerlo. Pero muchos equipos dicen ´no me puedo reunir porque tengo que trabajar...en esas dos horas de reunión puedo atender a dos personas´, eso indica que a veces no ven que el trabajo en red también tiene que ver con la intervención"*

Estrategias para promover la inclusión social y rehabilitación de participantes

Se exploraron estrategias que el equipo utiliza para la inclusión social y rehabilitación de beneficiarios; estrategias de inclusión de las familias en el proceso de rehabilitación; y, estrategias de trabajo en red para que los beneficiarios puedan acceder a los servicios que necesitan.

Estrategias de rehabilitación con usuarios

La inclusión social se refiere al acceso a derechos, derechos ciudadanos, para lograrlo una de las estrategias es el acompañamiento individual. El acompañamiento no implica representar al usuario, es una estrategia de contención y apoyo para acceder a derechos.

> *"El acompañamiento comúnmente no es hacer de "manager" sino que es apoyar en el acceso a sus derechos, algo que necesitan obtener. Por ejemplo si tienen una entrevista de trabajo, es más bien ofrecer contención para la experiencia, le acompañamos y apoyamos para que puedan enfrentar mejor la experiencia de una entrevista laboral, pero no para representarlos durante ella."*

Otra estrategia son las asambleas, instancia grupal abierta que se realiza mensualmente. Durante la asamblea se comparte información relevante a los derechos, se da cuenta de la economía de la asamblea, se organiza la cotidianidad, las comunicaciones y el intercambio.

Los colectivos, como estrategia consisten en grupalidades en torno al acceso de derechos, incluyendo trabajo, vivienda, protección social, participación comunitaria, salud, educación. Los usuarios escogen voluntariamente aquel colectivo o colectivos que les interesa y según los temas y derechos que necesiten o tengan interés de conocer y trabajar. La estrategia de los colectivos se comenzó a implementar antes del proyecto, siendo el colectivo laboral el que se ha sostenido más en el tiempo (desde 2006). Además estaban los colectivos de Pensiones, Vivienda, Dental. Desde que el proyecto opera, el equipo tiene más tiempo para hacerlos funcionar regularmente, y en la medida que van surgiendo necesidades puntuales de los usuarios, les permite contar con más horas para realizar el acompañamiento que los colectivos generan.

> *"Al inicio durante la asamblea especial para informarles del proyecto, se realizó un diagnóstico participativo para indagar cuáles eran las necesidades que los usuarios tenían, y ahí ellos dijeron me interesa participar en el colectivo de protección social, o en el colectivo de salud y de cierta forma quedaron inscritos en los colectivos que les interesaba. Estas son instancias abiertas por tanto comprendemos que el acceso a derechos es un proceso, las necesidades pueden cambiar, por ejemplo la persona ahora escoge participar en el colectivo de salud, pero en dos meses más puede tener la necesidad de participar en el colectivo de trabajo."*

> *"Anteriormente cuando surgían necesidades y no se contaba con la capacidad de acompañamiento, se generaban frustraciones en los usuarios, debían acudir solos a gestionar sus necesidades, porque no podíamos prometer hacernos cargo de las necesidades que iban surgiendo... el proyecto nos ha permitido establecer rigurosidad, los colectivos están funcionando en un horario establecido y definir mejor lo que el equipo puede abordar... lo que podemos hacer con ellos, de modo de no crear expectativas en los usuarios que no se pueden cumplir. "*

En los colectivos ocurre un diálogo potente entre usuarios y con el equipo, proceso que los aglutina como grupo, se van detectando aspiraciones y necesidades, compartiendo información y experiencia y buscando respuestas entre ellos. Se busca desde la experiencia, el poner en común lo que saben. Pero también se busca durante los colectivos delimitar la experiencia, para establecer lo que el equipo puede o no abordar. En ese sentido el proyecto les ha permitido establecer un marco de acción para el mejor funcionamiento de los colectivos. Se escuchan cuáles son sus intereses, cuáles derechos y cómo resolver mejor sus necesidades.

> *"Por ejemplo en el colectivo de salud se aclara y explica cuáles son los derechos por ejemplo hacerse un examen preventivo... así ellos también reconocen que ´a mi cuerpo le pasan cosas que tengo que atender y tengo donde ir´, y así surgen y se aclaran las necesidades de acompañamiento que tienen. O tener una conversación acerca de buena nutrición....durante la cual reconocen sus hábitos alimenticios y se comparten maneras de abordar el asunto, porque no se trata que de la noche a la mañana los cambien y les digamos ´elige vivir sano, cómprate una ensalada de cuatro lucas´, sino más bien como organizarse en sus comidas y escoger buenas alternativas, más aún si no tienen los recursos."*

Se identifican principalmente, tres ejes en la estrategia de los colectivos:

> _ Compartir información, por ejemplo, la pensión de discapacidad, cuál es el derecho, cuales son los procedimientos, como se obtiene.
>
> _ Acciones asociadas a esos derechos, organizar según la necesidad de cada uno, acciones y pasos hay que dar, donde ir, qué documentación presentar, etc.
>
> _ Cooperación entre los integrantes, por ejemplo, personas que quieren buscar trabajo y otros que ya tienen experiencia de trabajo y la comparten, es un aprendizaje fundamental. Esta cooperación es un pilar de ´ser Comunidad´, en ese sentido el equipo ha impulsado que los colectivos no solo estén conformados por personas que necesitan acceder a derechos sino también por otros quienes ya los han obtenido y pueden aportar a que otros los obtengan.

Describen la instancia de los colectivos como una posibilidad para actuar, pero no es la única dimensión, en el colectivo también surgen otros elementos. Es una instancia grupal colectiva y heterogénea, pero que no necesariamente tiene efectos y llevan a actuar. En el colectivo se comparten necesidades relativas al tema, pero puede derivar a participar en otro colectivo donde pueden encontrar respuestas a otras necesidades. Los/as participantes están en distintos procesos, tienen distintas experiencias. No todo se resuelve participando en un colectivo. Los usuarios que están en el proyecto participan a lo menos en un colectivo. De 23 usuarios en el programa, hay solo tres que no están participando.

> *"Es posible que una persona que originalmente ingresa al colectivo laboral porque estaba interesada en conseguir trabajo, dos meses más tarde no esté interesada. Este proceso no tiene nada lineal, las necesidades y metas de los usuarios cambian, por tanto entrar a un colectivo no te amarra necesariamente a lograr productos, o sea ´entraste al colectivo de vivienda y tienes que obtenerla´, no es así, si se produce algo, fantástico, pero no hay presión de lograr algo, si no ocurre también está bien. Esto es un trabajo para el equipo también, no presionarlos lo cual a su vez descomprime su angustia y la ansiedad que sienten, por las situaciones tan complejas a las cuales se enfrentan"; "Por eso las reglas del colectivo son tan importantes, es una manera de ir regulando su angustia y la realidad en que viven. La importancia está en el proceso más que en el resultado final, les permite también considerar y mirar otras realidades, cada uno está en una realidad distinta."*

> *"El colectivo también da la posibilidad de pensar en cómo sería otra realidad. Por ejemplo podrían decir ´mira el arrienda un departamento´, pero no necesariamente es lo que quieren, muchas veces dicen ´quiero vivir solo´, pero en el sentido de no seguir viviendo con sus papás, quieren independizarse pero no necesariamente vivir solos, y ese es un proceso que se puede acompañar"*

> *El equipo hace la distinción respecto a quienes están recién iniciándose en el programa, toman más tiempo en involucrarse en participar porque aún están conociendo y desarrollando confianza con el equipo y otros participantes, tal es el caso de usuarios recientemente derivados desde el consultorio.*
> *"Al principio para ellos este lugar es raro, están todavía evaluándonos, entrar en un colectivo les toma más tiempo"*

> *"Entonces el colectivo es eso, es tener la Comunidad muy cerca cuando uno sale afuera..."*
> *"A menudo los participantes tienen la presión de sus familias de que hagan algo, concreten algo, eso tiende a inmovilizarlos. No es tanto que se sientan presionados por los padres pero los ven presionados. En esas situaciones el trabajo del equipo es ayudar a que los padres hagan su vida, que dejen de enfocarse lo que lo que él hace o no hace."*

Respecto a evaluar y reflexionar acerca de la estrategia de los colectivos con los propios usuarios, se indica que comúnmente eso se va haciendo durante el proceso. Eso se va armando en el colectivo y es parte del proceso de reflexión. Para el cierre del proyecto está contemplado hacer una evaluación de autonomía, lo cual se acordó al inicio del proyecto. Previo al proyecto se hacía una evaluación anual con cada colectivo. Una vez completado el periodo del proyecto, está programado reflexionar la experiencia de los colectivos, el acompañamiento, las tutorías.

> *"Se piensa que en los colectivos algo se tiene que aprender, algo se tiene que solucionar y sacar en limpio... Sin embargo los colectivos cada vez que se evalúan sus resultados, muestran que no es una grupalidad que pretenda nada, nadie enseña nada a nadie, nadie espera que nada pase en particular. Los que participan es porque tienen una intención o particular inquietud respecto a ciertos ámbitos de la vida, y nosotras mostramos lo que existe afuera y donde tu estás detenido, lo que cada participante hace con ello, es responsabilidad suya. Eso marca la diferencia de los colectivos como estrategia, de aquellas que son asistenciales"*

> *"Un tema central es el respeto por el espacio del colectivo, especialmente el respeto por el otro y por las formas de vincularse para abordar lo que surge desde los participantes"*

Complementariamente a la estrategia de trabajo grupal en colectivos, están las tutorías, una estrategia individualizada que permite trabajar en torno a necesidades y metas individuales que tienen los usuarios. Cada persona desde que ingresa al programa cuenta con dos tutoras, una psicóloga y una terapeuta ocupacional. Comprendiendo que acceder y ejercitar sus derechos y resolver sus necesidades, como también lograr sus metas, es un proceso que toma tiempo, el usuario tiene con sus tutoras un espacio confidencial de contención y apoyo, el cual ocurre generalmente una vez por semana o según la frecuencia que el participante necesite. Es un apoyo terapéutico clave para afianzar su proceso de rehabilitación y ejercicio de sus derechos.

Estrategias de inclusión de las familias durante el proceso de rehabilitación

Al ingreso de una persona en la Comunidad Terapéutica se solicita que el usuario venga acompañado por alguien de la familia, o alguien referente. Es un proceso que toma tiempo porque requiere un ajuste entre lo que la familia considera es el problema y lo que el usuario - que llega muy mal, siente y plantea cuál es su problema. Muchas veces las familias traen como problema algo que ellos no identifican para nada. Es un periodo de ajuste largo que le permite al equipo hacer una evaluación y comenzar a definir un plan, esto es hacer un trato que la familia pueda respetar.

> *"Por ejemplo, llega una familia que viene por una mujer hospitalizada de larga estadía, y descubrimos que tenía otra familiar significativa para la usuaria... tenemos que conversar con*

ella y quizás en un tercer encuentro vamos a la residencia a conversar con ella y contarle que estamos encomendadas a tomar contacto con ella… comenzar a conversar y ver si tiene interés en conocernos. Entonces ese acuerdo de mundos tan diferentes toma un rato. Desde hace muchos años que descubrimos que siempre tiene que haber un referente, sino terminamos haciéndonos cargo de problemas gravísimos que escapan a nuestro quehacer"

Luego del proceso inicial de ingreso y generación de un acuerdo, se les va citando durante el año, dependiendo del proceso y ritmos del usuario, cuando se requiere profundizar algún tema o tratar algo más específico. No se da con todas las familias de la misma manera. El encuentro puede ser solo con la familia o con la familia, el referente y el usuario. Los usuarios también están invitados a participar en el diálogo, cuando tienen interés de participar y se trate de ellos.

En gran parte el trabajo del equipo con las familias tiene que ver con la autonomía del usuario, o la falta de autonomía del usuario. Para muchas familias la autonomía no es algo que se problematice. Es un trabajo muy intenso para el equipo. Las familias muchas veces no quieren dialogar al respecto de las dinámicas familiares y su relación con la situación de sus hijos, porque ello es doloroso y revive experiencias traumáticas. Dos veces al año se hacen encuentros con las familias (asambleas), durante los cuales se comparte y socializa lo que se está haciendo en el programa, encuentros a los cuales están también invitados los usuarios, cuya participación con el tiempo ha ido en aumento.

"*También boicotean, el boicot es increíble, porque son formas de operar, formas de ser familia, es un asunto cultural y de las dinámicas que se han incrustado en la familia, se nutren entre sí y a veces tenemos que intervenir, por eso es muy importante darnos cuenta*."

"*Es ahí cuando se muestra la especificidad técnica del equipo, lo que hay son psicosis de verdad… cuando sus padres logran comprender lo que le ocurría, la madre se deprimió mucho y el papá se angustió… logramos que ella fuera al consultorio y tuviera su propio médico, trabajamos mucho con esa pareja para que pudieran contenerse y sostenerse, mientras que el hijo necesitaba hacer su propio proceso*"

Acerca de formas asociativas y de organización de familias, el equipo cuenta que se formaron agrupaciones de familias a partir de orientaciones del MINSAL, con las cuales han tenido relaciones complejas debido a la dificultad de separar el trabajo terapéutico del propósito que las asociaciones tienen o tenían, esto es la acción política para hacer valer los derechos de las personas con problemas graves de salud mental.

"*… pero se tiene que separar el trabajo terapéutico de las asociaciones…es distinto abordar su dolor que es enorme, de la acción asociativa política de las familias por sus derechos, que sin duda es muy importante. También era contradictorio, porque por una parte se decía que era una forma de acción política pero también era una forma de abaratar costos porque las agrupaciones se hicieron cargo de los club sociales y laborales … era más barato…. ahora están a cargo de los hogares protegidos y laborales protegidos, con un imperativo de "producción" y prácticamente autosustento*"

ESTRATEGIAS DE TRABAJO EN RED

La experiencia desde la mirada del equipo.

En general los servicios funcionan con lógicas donde el apoyo que prestan es más puntual y dura solo un tiempo, por ejemplo cuando la precariedad de la familia requiere que reciba alimentos, la entrega de una canasta generalmente dura un mes, al mes siguiente la familia debe volver a postular. Generalmente ofrecen soluciones de parche, son transitorias.

Hay acceso a los servicios pero la coordinación/gestión de ellos para los usuarios y las familias toma mucho tiempo, lo cual no se condice con la corta duración del servicio. Señalan además que la permanencia de los programas es frágil, sus recursos pueden ser cortados, los programas son a veces cerrados, o los equipos reducidos por falta de financiamiento, todo lo cual crea vacíos en la red de servicios que los usuarios y sus familias necesitan.

Se indaga para saber cómo se coordinan varios programas que tratan a miembros de una misma familia, si se reúnen para desarrollar un plan integrado que articule las respuestas a sus necesidades y garantice continuidad. El equipo indica que esto es parte de la estrategia del programa llamada Constelaciones, donde se hace un llamado a todos los equipos que estén interviniendo en relación a una familia, con la familia, para coordinar lo que está ocurriendo.

Pero luego de reunirse la visión se comienza a parcelar y cada equipo comienza avanzar independientemente. En relación a evaluar los avances producto de las sesiones de Constelaciones, señalan que se intenta establecer regularidad en las reuniones, generalmente cada dos meses. Durante un periodo esas reuniones funcionaron una vez al mes. La complejidad de dar continuidad a un trabajo mancomunado, radica en que para muchos equipos el tener que reunirse siempre está sesgado porque los profesionales están presionados por la carga asistencial y poco tiempo para estas coordinaciones. Esto se mencionó y está descrito en la primera parte de esta sección.

La falta de evaluación de progreso en los acuerdos de colaboración impide además proyectar los acuerdos para ir adecuando las intervenciones acorde al progreso de cada usuario y/o su familia.

"*Generalmente es un trabajo que no se evalúa… si realmente hubiese una instancia que sirviera para ver si se ha logrado o no progreso, tendría sentido, porque evaluar trae beneficios*"

"El servicio psiquiátrico del hospital Salvador no ha derivado hace años a rehabilitación, desconocen las indicaciones para derivación a rehabilitación… un estudio que se hizo hace unos años arrojó que 800 de los pacientes eran de Peñalolén, a muchos los habíamos visto, de los 800 era el mínimo que necesitaban hospitalización… .hay un despropósito total"

Respecto a los Hogares Protegidos. Existen tres hogares en el sector oriente de Santiago, dos de hombres y uno de mujeres, 8 personas cada uno. En cuanto a su nexo y relación entre las monitoras a cargo de ellos y la Comunidad Terapéutica, se señala que en el pasado hubo una relación colaborativa con los hogares, pero ello ya no existe. Actualmente la relación es compleja.

El equipo siente que las monitoras están muy abandonadas, tienen que hacer las cosas solas, no obstante hay resistencia a intentos que el equipo ha hecho para apoyar el proceso terapéutico de los usuarios de la Comunidad que viven en esos hogares. En los últimos dos años las monitoras no han querido recibir ningún tipo de apoyo en situaciones que sí requieren intervención. En la experiencia del equipo, las prácticas que prevalecen en los hogares en vez de promover más bien dificulta el proceso de autonomía de los usuarios. En los hogares protegidos a menudo se reproducen e imponen reglas que son más bien propias de estar institucionalizado, lo cual es muy distinto a lo que son los ritmos y tareas que normalmente ocurren cuando se vive en un hogar. Consideran que les falta apoyo de asesoría, de claridad en términos normativos de la política pública de salud mental, la cual existe. Las monitoras son personas naturales, no son personas jurídicas, cuya contratación está limitada por los recursos que el Estado dispone para tales efectos, sus salarios son muy bajos lo cual impide contratar personas con algún tipo de formación o destrezas acorde con la dimensión y desafíos de la tarea que administrar un hogar protegido, además de no contar con recursos suficientes que les permita superar las precarias condiciones en que operan los hogares. Se detectan vacíos importantes en como los hogares se relacionan con un sistema en red a nivel comunitario, de rehabilitación de las personas con problemas graves de salud mental.

"Por ejemplo hay una persona del programa que vive en un hogar protegido que comenzó a estresarse porque se le olvidaba sacar la basura y le obligaban a hacerlo aun cuando estaba en un taller y lo sacaban de allí para que lo cumpliera, en circunstancias que cuando uno vive en su casa puede fácilmente olvidarse de hacerlo y bueno hay que esperar a que pase el camión recolector nuevamente sin que ello tenga mayor consecuencia, pero en el hogar protegido se convertía en una tarea impositiva, como en una pequeña institución"

Habría una disociación entre el hogar protegido y el trayecto de las personas que se han embarcado en rehabilitación, donde cuentan con un plan de acompañamiento que monitorea de cerca las etapas y procesos de recuperación, plan que tiene un punto de entrada y un punto de egreso. En ese sentido, el hogar protegido ofrece un servicio a los usuarios, pero limita la función integradora respecto a las trayectorias de los usuarios.

"La precarización no tiene que ver tanto con la voluntad de los miembros de la red sino con la forma que se financia, porque si tienes un encargado que les pasas plata para la administración de un hogar, y luego no le pregunta cosas como cuántas veces se relacionó por ejemplo con el COSAM… y al COSAM no le preguntas se relacionó con el hogar"

Respecto a movilizar la red de servicios para apoyar a las familias, se indica que por lo general la Municipalidad opera bien. No está muy claro como los CESFAM apoyan a familiares de personas con discapacidad mental. Los COSAM abordan necesidades de salud mental individuales. En casos que el equipo ha necesitado derivar – tal como cuando hay un familiar postrado, se hacen las coordinaciones necesarias con la red local.

Por parte de los PIE han recibido derivaciones a la Comunidad. Durante una intervención de protección de niños, han encontrado padres, madres o cuidadores con discapacidades de causa psíquica.

La experiencia desde la mirada de miembros de la red

Durante el grupo focal con miembros de la red se indagó acerca de los obstáculos que encuentran las personas con problemas graves de salud mental. Coinciden que hay un colapso de la red de salud mental a nivel país.

Por parte de las OPD (SENAME) la intervención que hacen es legal, psicosocial y terapia reparatoria. En las familias donde hay violencia se encuentra mucha sintomatología y patología asociada a problemas de salud mental, desde el síndrome de la mujer maltratada hasta trastornos de la personalidad. En esos casos tienen que derivar al COSAM para psicoterapia, pero como están con alta demanda, desde que hacen la derivación hasta que el/la usuaria sea atendida pueden pasar tres a cuatro meses.

No creen que haya un interés real por solucionar los problemas de acceso a salud mental de la población. Aunque hay programas en la comunidad que hacen aportes en la medida de sus posibilidades para responder a las necesidades, es muy limitado lo que pueden resolver, faltan recursos humanos y monetarios, como centros de atención y más profesionales. Informan que Chile entre los países de Latinoamérica, es el que pone el menor porcentaje de recursos para abordar las necesidades de la población con problemas de salud mental.

En general tanto en el marco institucional como en la comunidad, hay una percepción que las necesidades de salud mental es un problema individual de cada persona, y no un tema de la sociedad, ignorando por ejemplo, el alto número de mujeres que sufren depresión crónica. Falta mucho para comprender que el tema de la salud mental es un tema global, a raíz de ello

se generan muchos obstáculos, tales como que para poder acceder a tratamiento a tiempo, se necesita tener dinero.

> *"Tuve una paciente que estaba en crisis con ideas suicidas y la llevamos al Horwitz, no la admitieron porque no había cama, la mandaron de vuelta a su casa."*

Por otra parte, es una gran preocupación la salud mental de niño/as y jóvenes, particularmente porque hay miradas fragmentadas respecto al ser humano, donde no se comprende que las conductas o el consumo en los jóvenes es una consecuencia de lo que han vivido desde pequeños. Además de la falta de oferta y la sobredemanda de los servicios, cuando se trata de niños o jóvenes, un obstáculo importante es que a menudo no hay adulto responsable que los acompañe aun cuando tuvieran acceso a la oferta de salud mental, por ser menores de edad no pueden recibir el tratamiento y medicamentos. Por otro lado señalan que desde el mundo SENAME o instituciones que trabajan con población infanto juvenil, la salud mental no está considerada.

> *"En la red si tenemos chicos con ideas suicidas o consumo problemático de drogas no tenemos donde mandarlos. Un cabro que tiene que hospitalizarse en el Calvo Mackenna, olvídate, tienen poquísimas camas, en el Horwitz lo mismo, nunca hay camas. Siempre nos topamos con ese obstáculo y en el fondo la única forma de subsanar en algo ese problema más de la voluntad de lo que realmente podemos hacer, es acudir a la Red donde uno u otro tiene algún dato donde se podría hospitalizar o que hacer"*

> *"El obstáculo central es que el acceso a salud mental no se entiende como un derecho, como lo es el acceso a la salud. Si pensamos en la salud mental en el término amplio de la palabra, tal como entendemos salud, educación, trabajo, tendríamos que darnos cuenta que una persona con problemas graves de salud mental no puede acceder a ninguna de esas esferas de la vida"*

> *"También nos ocurre que cuando logramos que una usuaria logre ser admitida en algún programa de salud mental, si no tiene adherencia por sí sola y acude a dos sesiones de terapia y luego no vuelve más, nadie la llama…eso también a veces nos pasa por la sobrecarga de trabajo, aunque menos porque tenemos obligación de hacer seguimiento a cada mujer que ingresa a nuestro programa.*

No solo el sistema de salud mental es precario y maltratador con los usuarios, porque no considera a las personas como sujetos de derecho, además porque las condiciones laborales de los equipos son precarias; las personas están a honorarios y no tienen certeza si el próximo año van a tener trabajo, los sueldos son bajos lo cual hace que los equipos roten con frecuencia, mientras tanto deben atender a personas con problemas de salud mental graves. La rotación de los equipos también afecta la capacidad de hacer seguimiento a los usuarios.

En relación a si hay avances en que las personas se sientan sujetos de derechos, señalan que en general los peñalolinos son empoderados, no así en el caso de mujeres que están en situación de violencia intrafamiliar, su autoestima es muy baja cuando ingresan al Centro de la Mujer, sin embargo con ayuda logran también empoderarse. Se ha generado más conciencia respecto a la importancia de cuidar el estado anímico de las personas, no solo de quienes presentan trastorno mental. Se reporta que hay más presencia de duplas psicosociales en distintos espacios, especialmente en los colegios, ayuda mucho contar con esos dispositivos para abordar tempranamente situaciones problemáticas que podrían derivar a más graves en el tiempo.

En la medida que se visibiliza más la red, hay avances. Se comprende mejor lo que proveen los programas y las derivaciones son más expeditas y efectivas. Los programas que están en red se sostienen mejor entre sí para lograr que las personas accedan a tratamiento, no obstante la señalada alta rotación de profesionales. Hay evidencia que los profesionales tienen más compromiso con los usuarios, ya sean mujeres, niños, etc., y mayor motivación para facilitar el acceso a los servicios de salud mental y en otros ámbitos que requieran. El vínculo con los usuarios y entre profesionales de la red, hace una gran diferencia en poder resolver con éxito las necesidades que los usuarios presentan, como también de sus familias.

> *"Una de las cosas que nos hace implicarnos en conjunto es por ejemplo cuando mi usuaria mujer se atiende en el Centro de la Mujer, tiene hijos que están ingresados en la OPD, además un hijo con consumo problemático de drogas que no asiste a la escuela y aún no adhiere a rehabilitación, y un padre… o sea la familia completa tiene relación con uno u otro dispositivo. Cuando nos conocemos, la coordinación es mucho más fácil y si tenemos que contactarnos por mail o teléfono con alguien a quien no conocemos, apelamos a que tendrá la misma sensibilidad que nosotras porque el usuario que ella tiene puede ser el esposo de mi usuaria"*

Se considera de gran utilidad el presentar "casos" en las reuniones de la red, eso ayuda a explorar mejor aspectos que el profesional a cargo quizás no esté observando. Facilita mucho el contar con la experticia de otros miembros de la red para tomar cursos de acción que probablemente no se habían considerado antes.

Respecto a las prácticas efectivas de trabajo en red que actualmente utilizan y plasmarlas en una metodología de trabajo que les permita hacer intervenciones más integrales en torno a casos de salud mental severos, y una misma familia es compartida por varios dispositivos, las profesionales informan que no han hecho. Consideran que sería de utilidad el describir las prácticas y metodología, y en el proceso detectar vacíos que aún son necesarios abordar para fortalecer el trabajo en red.

Evidencia de la efectividad de las estrategias y desafíos en implementar un modelo con enfoque de derechos

El modelo de trabajo existe desde el inicio de la Comunidad Terapéutica y en base a la experiencia se ha ido gradualmente consolidando en los últimos años. El modelo ha tenido modificaciones más bien relacionadas con quienes han conformado el equipo en distinto periodos, pero la consolidación en torno al enfoque de derechos ha continuado avanzando a lo largo del tiempo. El proyecto SENADIS ha permitido trabajar de manera más sistemática la estrategia de los colectivos, el acompañamiento terapéutico, como también las asambleas, todas estrategias que ayudan a articular el enfoque de derechos.

El periodo de intervención del modelo de la Comunidad Terapéutica tiene una duración aproximada de ocho años. Se implementa respetuoso de los tiempos de rehabilitación de cada persona, con un proceso de trabajo simultáneo con sus familias y redes para lograr su inclusión social. El vínculo entre el usuario y el equipo es el pilar fundamental del modelo, para acompañarlo mientras transita durante sus etapas iniciales de rehabilitación que dura aproximadamente cuatro años, y en las etapas de consolidación como sujetos de derechos durante los siguientes cuatro años. El proceso no es lineal, la experiencia demuestra que retoman una y otra vez su proceso de rehabilitación con la Comunidad Terapéutica. La principal evidencia de la efectividad del modelo y sus estrategias, es que los usuarios al ingresar a la Comunidad, no vuelven a hospitalizarse.

> *"Esta unidad trabaja con casos muy graves, por ello que el proceso de rehabilitación toma cerca de ocho años. Normalmente quienes llegan, son aquellos que los servicios ya no quieren o no han podido hacer nada por ellos. Al equipo le gustaría llegar antes. El tratamiento antes de ingresar a la Comunidad no ha sido oportuno y por ende no ha sido efectivo, llegando a la comunidad luego de un largo proceso lleno de crisis y hospitalizaciones. Todos los usuarios han estado previamente hospitalizados, muchas varias veces, todo lo cual ha tenido un costo altísimo tanto para la familia como para el Estado"*

En la etapa inicial se van produciendo cambios muchas veces sutiles pero igualmente significativos en el usuario que van señalando logros graduales en aceptar y aprender a vivir con su condición mental, como también avances en superar la exclusión social en los distintos ámbitos y contextos con los cuales la persona necesita y/o desea interactuar. De similar forma ocurre con sus familias, quienes van experimentando un gradual proceso de cambio en su relación y sus conductas con el ser querido para permitir que pueda ir ganando autonomía. Todo lo anterior requiere apoyo y acompañamiento terapéutico, el cual se va ajustando según la etapa de rehabilitación en que se encuentre el usuario y los desafíos que enfrente para avanzar en su inclusión social. En el tiempo, el acompañamiento va disminuyendo en la medida que el usuario va logrando mayor estabilidad y autonomía.

> *"La norma dice entre 2 y 4 años, a nosotras nos toma entre seis y ocho años, entre los dos y cuatro años tenemos esta persona que está ahí, que aparece y no aparece, pero luego de ese tiempo se produce una consolidación de su proceso, cuando viven solos, cuando quieren emprender algo, cuando arman un vínculo con nosotros de cualquier naturaleza, por ejemplo hay uno que está haciendo su disco de música, otro que está estudiando, y luego comienzan a olvidarse de nosotros, nosotras decimos ´lo mejor es cuando se olvidan de nosotras´, cuando comenzamos a ser una parte muy parcial de sus vidas."*

> *"Los logros en los primeros 4 años son muy sutiles, pero al mismo tiempo no tiene nada de sutil que alguien en ese periodo no se hospitalice"*

Para que el proceso de rehabilitación ocurra y se produzcan avances sustanciales en el usuario como sujeto de derechos, es esencial la estabilidad del equipo y su capacidad de reconocer los cambios graduales que se van dando, adaptando consecuentemente el acompañamiento terapéutico y según las necesidades de cada usuario.La consolidación del modelo con un enfoque de derechos ha permitido que el trabajo terapéutico vaya orientado a que las personas se reconozcan como sujetos de derechos.

> *"El viaje a Francia fue un hito, viajamos tres terapeutas con cinco usuarios, con historias cada uno, cuál de todos más graves. Y viajamos contra viento y marea, fue una experiencia increíble que demostró lo que podían ser capaces"*

> *"Lograr que en los colectivos el grupo no tenga presión es un aspecto de nuestro trabajo, pero también nosotras como equipo tenemos que estar atentas y reflexionar acerca de las presiones que van surgiendo en todas las dimensiones con las cuales trabajamos. Por ejemplo en el caso de que los participantes encuentren trabajo, el liberarlos de la presión de conseguirlo, ha requerido que nosotras reflexionemos y tomemos posición respecto de esas presiones"*

> *"Es un lamentable ejemplo pero hay personas en el sistema de salud que dicen que ´la guinda de la torta de la rehabilitación es que el usuario tenga trabajo estable´, de hecho en nuestro convenio que dice que ´personas cuando reciben alta estén trabajando y tengan contrato´, como si eso fuera responsabilidad nuestra, especialmente considerando que en Chile no existe trabajo dignamente mediado para personas con discapacidad. Esto es una realidad que en Chile no existe, por eso el equipo amortigua esa información para que no se convierta en un mandato para los participantes"*

> *"...eso nos permitió, en base a la experiencia que hemos acumulado en el programa, comprender lo que ocurre de verdad... por ejemplo en el ámbito laboral, hemos podido observar que lo que*

ocurre es que las personas sostienen ciclos de trabajo. De hecho hay un número importante de personas que están en tratamiento que no pueden sostener trabajos más allá de tres meses, lo importante es que puedan compartir su experiencia con otras personas del colectivo sin que ello constituya un fracaso. Esto hemos comprendido y hemos luchado por mucho tiempo. El equipo va consecuentemente transformando las relaciones y las prácticas. Tenemos la libertad de poder ir transformando, sin rigidizar el modelo"

El Estado impone a programas de rehabilitación de personas con discapacidad mental, que demuestre con indicadores que son efectivos y sus estrategias funcionan. Ello ha requerido que el equipo terapéutico haga un trabajo interno para aprender a distanciarse y liberarse de las presiones que el sistema espera de la rehabilitación de las personas que participan en el programa.

"Si tienes alguien que lleva 20 años encerrado en su casa, con múltiples crisis y varias hospitalizaciones y ves que luego de dos años en este modelo, la persona accede a servicios de salud, asiste a un taller o un colectivo, está recibiendo una pensión de discapacidad, cuenta con una comunidad con quien se relaciona y apoya, y como resultado concreto de participar en el modelo no se ha vuelto a hospitalizar y mantiene su tratamiento... es que el trabajo está siendo pensado y hecho"

"no buscamos que el sujeto se adecue a los ritmos del dispositivo sino que los dispositivos se van adecuando al ritmo del individuo. Por eso no es fácil hablar de los resultados del modelo. Hay que comprender la problemática de una manera más amplia. Hay que comprender cuales son las problemáticas, a que ámbitos están asociadas y que hay que hacer para abordarlas"

La experiencia del modelo permite comprender que el trabajo con personas con discapacidad mental en un contexto comunitario, debe centrarse más que en los resultados, en el proceso de rehabilitación en un marco de derechos.

La evidencia del programa demuestra que las personas que han participado en promedio 6 a 8 años en el programa, transitan por un proceso donde los logros son acumulativos en cuanto considerarse y actuar como sujetos de derechos. El proceso de reconocerse como sujeto de derecho es un desafío muy complejo y de largo aliento, la persona debe aprender a manejar su sufrimiento interno, desarrollar relaciones que le permitan gradualmente ganar autonomía; y aprender a enfrentar discriminación y muchas veces el maltrato que con frecuencia ocurre en la sociedad en general y en el ámbito institucional en particular, cuando requieren acceso a servicios. En cada ámbito del proceso de rehabilitación y mediante el acompañamiento terapéutico y las estrategias grupales que conforman el modelo,el usuario va logrando avances, cuantitativos y cualitativos. Cada individuo y su proceso de rehabilitación para lograr actuar como sujetos de derecho, tiene su propio ritmo.

"El proceso es dinámico, porque es parte de la vida...si alguien quiere terminar el cuarto medio, lograr que se mantenga estudiando y complete la meta requiere acompañamiento, y cuando lo consiguen es un tremendo logro... tal vez después quiera trabajar, o tal vez nunca o tener una casa..."

Otro factor decisivo para que el proceso de rehabilitación se vaya logrando, es el acompañamiento realizado por las tutoras del programa para que el usuario pueda conocer las redes y aprenda a utilizarlas. El acompañamiento es clave, más aun si el usuario ha sufrido maltrato por parte de un servicio, dado que la probabilidad es alta que no quiera volver a intentar a utilizarlo y especialmente considerando que el usuario puede no tener otras opciones para acceder a un servicio que requiere, más allá de los que hay disponibles en la red.

Las familias son capaces de reconocer los logros, pero depende de la experiencia, el proceso de cada una y puede tomar tiempo. Hay familias que llegan con mucha negación respecto al problema de salud mental que tiene el hijo, ansiedad o expectativas muy altas porque la situación cambie pronto, y necesitan tiempo para darse cuenta de la realidad. Para otras los logros pueden ser a simple vista pequeños, pero para la familia puede constituir un avance importante,significativo y apreciable. Cada familia tiene su propio ritmo para comprender y reconocer los cambios.

"Es un proceso que varía según cada familia, hay aquellas que sienten que el proceso es lento, están muy ansiosas y sienten que no hay avances, y familias que están felices porque el hijo puede venirse solo en micro para llegar a la Comunidad, sin tener que ser apoyado por nadie."

"Hablamos en términos de las dificultades que tiene el hijo, de tal forma aclarar las dudas o expectativas que la familia tenga acerca de la rehabilitación. Tratamos de ser bien directas con la familia, explicarle en qué estamos trabajando"

"Es doloroso tener que aceptar que están con alguien a quien quizás no comprendían o conocían de verdad, al estar en la Comunidad se enfrentan a una realidad distinta con esa persona que ahora a veces también les sorprende y con quien ahora hay menos dolor en alguna parte del intercambio. Además muchas veces las familias no siempre están todo el tiempo disponible para quien por mucho tiempo ha sido motivo de dolor y angustia. Nos dicen ´estamos agradecidos porque llego de una manera y hoy es otro´ no solo ello tiene que ver con logros como terminar colegio, vivir independiente de su familia, que sin duda son muy importantes, son logros específicos y cuantificables pero lo que comienza a ocurrir en otro registro es que se produce una cierta tranquilidad, por ejemplo de ver a un hijo cerca de la muerte diez años seguidos y de repente eso no sea así o esté lejos, por eso también es bueno que se olviden de ello y pasen a otra cosa."

La reflexión del equipo revela lo esencial que es para la familia tener a quien acudir en busca de apoyo, un equipo que los acoge y que comprende su situación y la angustia que sienten por la situación de su familiar, como también saber que hay una comunidad que está presente para acoger y acompañar a esta persona en su proceso de rehabilitación.

> *"...Es importante que la familia tenga otro referente, que tengan a quien llamar, que puedan acudir a un equipo y le digan ´mi hermano no ha ido, o no está bien o no sé qué hacer´ también les permite estar menos ansiosos y organizarse mejor, que la familia pida ayuda es también un logro"*

Respecto a contar con un respaldo en casos que la familia (o el usuario) tenga una situación de crisis y necesiten contención durante días/horas que el programa está cerrado y el equipo está en su periodo de descanso, se señala que el programa es un centro ambulatorio que está abierto un tercio del día por lo tanto dos tercios del día los/as participantes están también haciendo su vida, en sus casas y otros espacios. El programa está pensado con intervenciones que tienen límites, tiempo y espacio. Opera de lunes a viernes y está cerrado los fines de semana. Una vez al año cierra por vacaciones dos semanas. Las familias al ingreso del programa, cuando el participante está comenzando a venir a la Comunidad, al momento de firmar el consentimiento, el equipo realiza un trabajo con las familias donde le informan acerca de los servicios más cercanos en caso de urgencia, como también se revisan los seguros comprometidos, públicos y privados, para que la familia sepa cuáles son las instancias a las cuales pueden recurrir y cuáles son sus derechos. Se les informa además la importancia de cautelar la toma de medicamentos, lo cual en ningún caso es responsabilidad del programa, sino de la familia y el propio participante.

Obstáculos para avanzar en la rehabilitación de los usuarios

El desconocimiento del derecho y acceso a rehabilitación por parte de personas con discapacidad mental y sus familias es un gran obstáculo, en gran parte ello es responsabilidad del servicio médico en los servicios clínicos de psiquiatría, donde no hay prácticas establecidas de derivación a programas de rehabilitación, lo cual se constituye en el principal obstáculo para que las personas se enteren y accedan a estas intervenciones. Muchos médicos no conocen la red de salud mental ni saben que existen programas de rehabilitación como el que ofrece la Comunidad Terapéutica. Al programa llegan casos muy puntuales y en estados muy deplorables, luego de años de estar en tratamiento psiquiátrico. Esto apunta a que los servicios clínicos no tienen conciencia de la importancia que sus usuarios y usuarias accedan a rehabilitación.

> *"Que las personas ni siquiera tengan conocimiento de su derecho a rehabilitación, y no tengan idea que estos equipos existen y no tengan acceso a ellos, ese es el obstáculo más grande. Los casos llegan muy deteriorados por falta de tratamiento adecuado. Luego de mucho tiempo los servicios clínicos emiten indicaciones para el ingreso a un programa de rehabilitación, si derivan es después de muchos años"*

> *"Está el ejemplo de una madre (que participó en el grupo focal con familias) que cuenta que su situación económica era buena cuando su hijo fue por primera vez diagnosticado con esquizofrenia, por largo tiempo pudieron pagar la atención psiquiátrica privada sin embargo su situación económica cambió, fue entonces y por primera vez que el psiquiatra tratante les derivó a la Comunidad Terapéutica, entonces uno se hace la pregunta ¿es la falta de derivación un asunto de voluntad del médico, o es un tema de plata..."*

Otro gran obstáculo es la precariedad que los programas de rehabilitación tienen respecto a contar con financiamiento que les permita desarrollar el trabajo. El programa de la Comunidad Terapéutica depende y está sujeto a convenios con el sector público que se renovaría anualmente. A lo anterior se añade la dificultad que presenta la burocracia e inoperancia que prevalece en el sector público para generar los convenios. Esto hace muy difícil que el equipo pueda proyectarse a futuro y con ello asegurar la continuidad de los cuidados, y del programa de rehabilitación. Al momento de realizar esta sistematización, el equipo de la Comunidad Terapéutica está operando sin convenio con el Servicio de Salud Metropolitano Oriente, a la espera que se tramite y apruebe.

> *"Desde afuera alguien no puede solicitar rehabilitación y eso limita el acceso a los equipos, que aunque son pocos, existen. Eso hace aún más difícil el acceso desde el sector privado, porque la rehabilitación está tan cerrada al interior del sector público que por ejemplo las Isapres tienen dificultad de acceso a ella. A lo anterior se suma la inseguridad de tener que operar mediante convenios anuales...todo esto tiene consecuencias para la continuidad de los servicios de rehabilitación comunitaria"*

Un obstáculo institucional que se mencionó en la sección anterior, es la condición que impone el Estado a las personas cuando finalmente accede a rehabilitación, que en un plazo de dos años consiga trabajo, ignorando y omitiendo todo aquello que implica la experiencia del sufrimiento mental y que forma parte de un proceso de recuperación.

> *"Ese condicionante se traduce en que las personas dentro de un plazo de dos años tienen que haber resuelto su vida, sin comprender lo que implica un proceso de recuperación, donde hay heridas mentales y sanar necesita tiempo..."*

En el ámbito institucional también es un obstáculo la manera como se trata a las personas con problemas graves de salud mental y su familia. La experiencia previa ha estado sesgada por situaciones de maltrato en su tránsito por los servicios primarios, de psiquiatría y otros. Esto se traduce en un desconocimiento de sus derechos especialmente su derecho a ser bien tratados por

los equipos. El equipo de la Comunidad atribuye lo último principalmente a una mala formación profesional. Señalan que hay muchos profesionales que desconocen lo que es un problema grave de salud mental y/o lo que implica el proceso de recuperación y rehabilitación.

> *"de hecho cuando las personas llegan acá y se sienten acogidas creen que esto es un milagro, porque aún no comprenden que recibir un buen trato es un derecho. Quienes han estado en servicios de tratamiento psiquiátrico han sufrido frecuentemente maltrato"*

Cabe destacar que el modelo de la Comunidad Terapéutica ha contribuido desde el inicio a la formación de profesionales. Se reciben estudiantes en práctica de terapia ocupacional y psicología, quienes se disponen para trabajar en el acompañamiento al usuario. A muchos la experiencia y la supervisión les ha permitido comprender lo que es el sufrimiento mental y los desafíos que enfrentan la persona y su familia durante el proceso de rehabilitación.

Respecto a las políticas y planes de salud mental que orientan la implementación de programas de rehabilitación, el Plan Nacional de Salud Mental del año 2000, la evaluación de cumplimiento de objetivos del plan mostró que varias metas no se cumplieron. A lo menos el 5% del presupuesto estaría destinado a salud mental y vamos en 2,3%. Ahora recién el ministerio está circulando (en el sector público) el documento convocante del plan 2016-2025 que hace un diagnóstico de aquello que funciona y aquello que no. Indican que está la figura de los asesores de salud mental, quienes podrían servir de puente para que ocurriera esta necesaria colaboración entre el programa y ministerio.

> *"La relación del ministerio con las instituciones privadas que hacen el trabajo de rehabilitación ha sido muy dura"; "Hay cero interés en conocer la experiencia de este tipo de programas. Nosotras hemos tratado por años, hemos incluso pedido reuniones con la directora, les hemos rogado que le digan al jefe de servicios que incluyan algún indicador de derivación a rehabilitación; ¿cómo es que no tienen un indicador para los médicos? ¿Cuántos pacientes fueron derivados, A dónde? porque si el médico puede prescribir medicamentos también debería prescribir rehabilitación"*

A nivel de desarrollo y producto de la reforma de salud mental, informan que están los GES, garantías de cobertura de enfermedades incluidas en el AUGE, pero que no son universales y tienen limitaciones. Para salud mental hay 4 GES, por ejemplo para esquizofrenia hay cobertura solo cuando es el primer brote, los que ya están diagnosticados al momento de la reforma, quedaron fuera; todos los GES tienen limitaciones de edad u otra restricción.

A nivel de ministerio, no hay seguimiento para saber cómo están esas personas que han ingresado a los servicios sean psiquiátricos o de salud mental comunitaria. El equipo no sabe quién(es) hace seguimiento a las 800 o 1200 personas con enfermedad mental que están identificadas en Peñalolén.

> *"Hace falta saber ¿quién hace el seguimiento para saber cómo esta esa persona? Por ejemplo una persona que está muy mal y entra a una hospitalización cerrada, luego la dan de alta y entra a otro dispositivo, que puede ser un hospital de día, luego llega a su casa y está ahí un tiempo, y vuelve a ser internada y empieza nuevamente este círculo de ir de dispositivo en dispositivo, porque nunca acceden a rehabilitación, todo eso con un alto costo para el Estado, porque es carísimo. Entonces porqué no se deriva a estos programas que pueden hacer intervención comunitaria, como el nuestro, y que por lo demás son de bajo costo..."*

El equipo ha analizado el impacto que el proceso de rehabilitación ha tenido en disminuir hospitalizaciones. Realizaron una revisión de 50 casos que ingresaron a la Comunidad, con los cuales se corroboró que esas personas no han vuelto a hospitalizarse. El equipo indica que necesita saber cómo hacer el cálculo costo/beneficio con o sin programa, para demostrar que los recursos que recibe son una inversión nece saria para la recuperación y bienestar de las personas, pero además "costo-efectivo" porque constituye un ahorro significativo para el Estado.

> *"Claramente estamos ahorrándole al Estado. Habían pacientes que cuando llegaron tenían en promedio dos hospitalizaciones por año, y desde que ingresaron al programa no se hospitalizaron nunca más, entonces que le ahorramos plata al Estado es un hecho. Si tu revisas porque los pacientes han sido hospitalizados resulta evidente que un 60% de esos pacientes están ahí no por su psicopatología, sino porque son pobres, porque no tiene trabajo u otros factores, entonces tiene sentido que estén en programas como el nuestro, donde tienen acompañamiento para lograr sus derechos, donde hay un lugar donde estar en vez de estar en la calle o encerrados en sus casas."*

Se considera como lo más relevante, saber por qué los pacientes no tienen acceso a rehabilitación, sin que se les derive, no obstante la literatura avala que es mucho más económico que los pacientes ingresen a rehabilitación. Para que cambie la situación es necesario que los servicios psiquiátricos "liberen" esa forma de financiarse, y donde no hay un asesor o jefe de servicios que diga: el 90% de los pacientes tienen que derivarse a rehabilitación, en vez que el 90% se queden pegados en el círculo vicioso de ir de dispositivo en dispositivo. Se plantea que habría que hacer presión mancomunada – que incluya usuarios, familias y equipos de rehabilitación, para lograr que el Estado invierta recursos adecuados, y estén disponibles para responder ante la demanda.

Señalan que es complejo que los beneficiarios y las familias se organicen y empoderen como sujetos de derecho para exigir -en conjunto con equipos, que el Estado invierta más recursos en rehabilitación, particularmente por haber permanecido en la "institucionalización" de la vida cotidiana por muchos años y necesitan procesar la experiencia en paralelo a la organización.

"Desde hace dos años ha estado operando un Observatorio de Derechos de *Personas con Discapacidad Mental que ha tratado de intencionar que efectivamente las personas con problemas de salud mental se puedan agrupar, y puedan decir´verdad, esto no nos debería haber pasado, no debería haber sido así´. Ese trabajo se ha estado haciendo de cierta manera, pero también ha sido complicado ya que con frecuencia se omiten las dificultades y las condiciones desfavorables…no es llegar y participar*"

"*Nosotras tratamos de hacer eso pero a nivel micro y dentro de las posibilidades que tenemos, por ejemplo los colectivos que se reúnen los jueves y hablamos de que tienen tal derecho y se comparten las experiencias, lo mismo en las asambleas, que llevan años desde el inicio de la comunidad, tratamos de hacer algo de eso, que se logren articular y pensar otras posibilidades.*

Otro obstáculo que enfrenta el equipo son el tipo de indicadores que el Estado le exige verificar para demostrar la efectividad del programa. Los indicadores no siempre son congruentes o útiles para evaluar el trabajo que hace la Comunidad Terapéutica con las personas y evaluar los cambios graduales que van logrando durante su proceso de rehabilitación.

En cuanto a obstáculos internos que estén enfrentando como equipo, señalan que contar con más tiempo es lo principal, por ejemplo para hacer este tipo de reflexión a lo menos una vez al año, también tiempo para escribir lo que van aprendiendo. Les gustaría además tener más espacio e infraestructura, una ampliación. Respecto a lo último, relatan que han postulado a una serie de proyectos, entre otros a la Cooperación Japonesa y al Fondo de la Comunidad Europea, pero sin resultados. Han intentado que los bancos puedan prestarle dinero para hacer un segundo piso, pero no lo han logrado, en general las corporaciones sin fines de lucro no obtienen ayuda de bancos. Esto ha estado pensado básicamente para ampliar la cobertura y abordar mayor diversidad e temáticas de salud mental, incluso a niveles promocionales y preventivos, no sólo rehabilitación.

A través de la corporación cuentan con una red de apoyo y gracias a ellos han logrado superar situaciones económicas graves que han enfrentado. Sienten que han tenido mucha cooperación pero son personas como ellas que también trabajan.

"*En las asambleas siempre hemos hablado de la corporación y los proyectos que se están postulando, saben quiénes son las personas que colaboran, que hay un directorio, y también se ha compartido gráficamente el modelo institucional. Durante el viaje a Francia estuvimos en programas que trabajan con modelo institucional donde se establecen lazos, y al interior de la institución está el Club Terapéutico, al cual se le puede delegar por ejemplo, hacerse cargo de los almuerzos. Aquí tenemos el Bazar, que soñamos que pueda tener su propia orgánica porque es súper buena instancia para generar asociatividad entre los participantes, donde pueden colaborar sin tener que trabajar explotados*"

Innovaciones que el proyecto SENADIS aporta al desarrollo del programa

El proyecto ha permitido constatar que las estrategias de trabajo grupal que el programa ha estado implementando desde hace tiempo, son efectivas para avanzar en la rehabilitación de los usuarios, por ejemplo el trabajo grupal que se hace en los colectivos. El proyecto ha permitido darles mayor fuerza y sostenibilidad a esos espacios y con ello la convicción que es la dirección correcta en la que se debe seguir trabajando. Hay más rigurosidad en términos de su funcionamiento y horarios, lo cual ha dado certeza para que los usuarios sepan que cuentan con una instancia semanalmente donde encontrarse, intercambiar experiencias, comprenderse como sujetos de derecho y avanzar hacia sus aspiraciones y metas.

Se reporta que el proyecto dinamizó mucho el trabajo en equipo. Les ha permitido exteriorizar más el programa, ampliando los contactos en torno a diferentes temáticas que los usuarios quieren o tienen la necesidad de trabajar.Además les ha otorgado más tiempo para sistematizar las experiencias, lo cual previamente no habían tenido oportunidad de hacer. Todo ello ha resultado fundamental para el equipo.

No obstante el equipo cuenta con una experiencia de trabajo en red de mucho antes, el proyecto les ha permitido tener más recursos lo que se traduce en más tiempo para sostener reuniones con distintos programas. Si bien antes ya realizaban un trabajo en red, el proyecto les ha permitido por una parte, consolidar mejor la relación con otros programas y por otra, reestablecer la colaboración con otros programas. Todo lo anterior ofrece más opciones a los usuarios para avanzar en su proceso de recuperación y autonomía. Señalan que de hecho muchos usuarios están listos para egresar del programa.

"Antes uno veía un plan terapéutico y podíamos decir ya vamos a trabajar en el acceso a, salud, educación y la pensión, y teníamos que priorizar uno de esos porque no podíamos abordar todo en forma paralela porque no nos daba el tiempo ni los recursos, ahora podemos abordarlo con los colectivos y resolverlo grupalmente, concretarlo y hacerlo realidad, ajustando a las necesidades y los tiempos del sistema". "Si bien el trabajo con colectivos lo hemos hecho por años, el laboral era el más regular, los otros los hacíamos quizás un par de veces al año. La formalización y regularidad de todos los colectivos ha producido en las personas más claridad en torno a que no son solos cosas buenas de saber o tener sino que son sus derechos. Por ejemplo en el colectivo laboral estamos creando un perfil de las personas que quieran acceder a un trabajo, un perfil que surge desde el grupo, hay una sistemática para hablar del trabajo como un derecho y no como ´ojalá me llegara un trabajo´ como si fuera un favor. Entonces está permitido la legitimización de que es un derecho y por otra parte de un reconocimiento grupal, no solo en el ámbito de las dificultades sino también comprender que hay otras posibilidades de un trabajo"

Se ha multiplicado en la estructura del programa, la capacidad de acoger diversidad según las etapas en que están transitando los participantes. Se ha producido un movimiento en espiral que ha permitido expandirse cada vez más hacia afuera, pero sin desmedro o interferir el trabajo más interno con las personas que están más graves y sus familias, donde todavía hay mucho sufrimiento, y no están preparados aun para incorporarse al trabajo más abierto que ocurre en los colectivos. En el programa ahora pueden convivir esos distintos procesos, respetuosos de la etapa en la cual cada uno se encuentra y el tiempo de recuperación que cada uno necesita en el programa.

> *"Es muy bueno ver como en la medida que las personas se van integrando en los colectivos, como se va produciendo la acogida de los nuevos por los más antiguos. También se van produciendo círculos virtuosos donde quienes van adquiriendo más autonomía haciendo sus vidas e integrándose a otras instancias fuera de la comunidad, mientras que los más nuevos van poco a poco participando en los colectivos y gradualmente encontrando sus intereses"*

> *"Por ejemplo un chico de 19 años que lo teníamos en la semana pero durante el fin de semana era un horror, entonces aunque sea duro tenemos que reconocer que está en una etapa donde necesita otro tipo de contención. El modelo requiere del trabajo en red, precisamente porque los participantes están en momentos distintos de rehabilitación. Si los pacientes están muy agitados, con ellos aun necesitamos la colaboración de los hospitales de día o quizás necesite cama de hospitalización, lo cuan en ningún caso significa un fracaso en el proceso de rehabilitación."*

Proyecciones y propuestas para sostener las estrategias

Respecto a proyecciones futuras, prioridades o énfasis para sostener las estrategias, señalan que no se proyectan más allá de un año. Consideran que es más sano hacer una proyección anual que les permita evaluar mejor y más realistamente lo que pueden implementar. Es muy difícil proyectarse a largo plazo por la condicionante que impone el tener que depender de recursos estatales, renovando convenios cada seis meses con el Estado, como ha ocurrido este año 2015. El equipo está consciente que es una prioridad el buscar otros recursos, otras maneras de financiarse que les permita tener independencia de los estatales.

Tienen actualmente la propuesta de hacer una Campaña de Acceso a Derechos. Esta campaña no es para reunir fondos sino para educar a la ciudadanía de modo tal que sepa que tiene derecho a rehabilitación y en consecuencia lo pida, y con ello ejerza su derecho. Esto no es sólo pensado en la Comunidad, sino en los diversos programas de rehabilitación que financia el Estado.

En el proceso de desarrollo de la propuesta que presentaron ante la Unión Europea, el equipo realizó en el 2009 el ejercicio de proyectarse y visionó el programa como una incubadora de otras comunidades terapéuticas, sin embargo la propuesta no fue aceptada.

Se señala que es igualmente importante proyectar a futuro los objetivos del programa, tanto en el aspecto económico como en lo técnico, especialmente en los impactos que esperan lograr con los beneficiarios, y como visualizan crecer como Comunidad.

Como consecuencia de todo lo anteriormente expuesto, es necesario y urgente el conformar un trabajo mancomunado que aborde las distintas alternativas y problemáticas que llevaría la implementación de las alternativas de solución del tema de vulneración de derechos de las personas en situación de discapacidad.

El mejorar las políticas públicas dirigidas a la salud mental en nuestro país es una labor importante y necesaria de implementar ya. En este sentido la propuesta de disminuir la vulneración de derechos contempla la coordinación intersectorial como un elemento esencial, en el desarrollo de cualquier iniciativa que tenga como objetivo la inclusión social de personas en situación de discapacidad.

Es importante en este proceso de sistematización dejar claro que uno de los puntos importantes que se debe tomar en cuenta, tiene que ver con recursos humanos, si uno va a realizar ciertos cambios del sistema basado en la institucionalización a otro basado en la comunidad requiere de una estrategia para ayudar a la fuerza de trabajo a cambiar de un modelo institucional a uno comunitario. Esto implica que deben desarrollarse ofertas de empleo en la comunidad para las personas que han trabajado en el sector institucional. Debe haber un compromiso de formar a los profesionales y técnicos en espacios y lógicas comunitarias en oposición a los espacios y lógicas institucionales (totalitarias) y haya un reconocimiento creciente de que debería haber oportunidad para los usuarios y usuarias de servicios de salud mental de actuar como proveedores.

Creemos sinceramente que este es el camino que permitirá realizar los cambios necesarios para la implementación de un nuevo servicio, en el área de salud mental, con los apoyos necesarios para los cuales ya existe evidencia suficiente que beneficia a las personas con problemas graves de salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

Acosta, L. (2005). *Guía práctica para la sistematización de proyectos y programas de cooperación técnica. Oficina Regional de la FAO para América Latina y el Caribe.*

CEPAL. (Julio de 2005). *Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas*. Santiago, Chile.

Comunidad Terapéutica de Peñalolén, E. (2015). I*nforme Técnico: Programa de Fortalecimiento de la Red de Rehabilitación con Base Comunitaria*. Santiago.

Cordes. (2015). Corporación Cordes. Recuperado el 2015, de Cordes.cl: http://www.cordescorporacion.cl/forma_constelaciones.php

Cordes. (2015). Corporación Cordes. Recuperado el 2015, de http://www.cordescorporacion.cl/forma_asamblea.php

DEIS. (2012). *Anuario Estadístico 2012. Departamento de Estadísticas y Gestión de la Información. Servicio de Salud Metropolitano Oriente.* Santiago, Chile.

Equipo, C. (6 de Agosto de 2015). *Grupo Focal Equipo CTP Sistematización*. (M. Quevedo, & M. van Yurick, Entrevistadores)

Minoletti, A., Cea, J. C., Gómez, M., Monares, P., Sandoval, M., & Soto, B. (2014). *Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental: Diagnóstico de la Situación en Chile. Santiago.*

MINSAL. (2006). Estadísticas de Ministerio de Salud. Departamento de epidemiología. *Personas con trastornos psiquiátricos severos: Esquizofrenia* . Santiago, Chile.

Pereda, V., Sandoval, C., & Silva, G. (Enero de 2013). *Cordes Corporación*. Recuperado el 10 de Octubre de 2015, de Cordes Corporación: http://www.cordescorporacion.cl/lecturas.php?tipo=psicosis

WHO, OPS, & MINSAL. (2014). WHO-AIMS *Sistema de Salud Mental en Chile. Segundo Informe.* Santiago: MINSAL.

Figueroa, Claudio (2000). *Nuevas Experiencias de Gestión Pública Ciudadana. Sistematización de Comunidad Terapéutica de Peñalolén.*

Minoletti, A. Zaccaria. *Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia*.

ANEXO

HORA PROFESIONAL	$ 9.000
HORA TERRENO PROFESIONAL	$ 25.000
HORA TERRENO PRACTICANTE	$ 17.000
HORA ESTUDIANTE EN PRÁCTICA	$ 6.000
HORA ADMINISTRATIVA	$ 3.000
HORA OTRO	$2.000

			DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
1. Acceso a cobertura en salud								
	90% de los beneficiarios del programa se realizan examen preventivo en salud en centro APS correspondiente entre enero y diciembre del 2015	Reuniones	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000
		A.T.	900.000	0	0	0	0	0
		Registro	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000
		Supervisión A.T.	140.000	140.000	140.000	140.000	140.000	140.000
		Intervención familiar	81.000	81.000	81.000	81.000	81.000	81.000
	90% de las beneficiarias del programa se realizan control ginecológico al día a diciembre de 2015	Reuniones	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000
		A.T.	300.000	0	0	0	0	0
		Registro	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000
		Supervisión A.T.	140.000	140.000	140.000	140.000	140.000	140.000
		Intervención familiar	81.000	81.000	81.000	81.000	81.000	81.000
	90% de los beneficiarios del programa acceden a rehabilitación en CTP correspondiente entre enero y diciembre del 2015	Reuniones	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000
		A.T.	1.360.000	1.360.000	1.360.000	1.360.000	1.360.000	1.360.000
		Registro	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000
		Supervisión A.T.	140.000	140.000	140.000	140.000	140.000	140.000
		Intervención familiar	81.000	81.000	81.000	81.000	81.000	81.000
	90% de los beneficiarios acceden a tratamiento en salud	Reuniones	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000
		A.T.	82.600	82.600	82.600	82.600	82.600	82.600
		Registro	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000
		Supervisión A.T.	140.000	140.000	140.000	140.000	140.000	140.000
		Intervención familiar	81.000	81.000	81.000	81.000	81.000	81.000
			3.786.600					

			JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL
1. Acceso a cobertura en salud	90% de los beneficiarios del programa se realizan examen preventivo en salud en centro APS correspondiente entre enero y diciembre del 2015	Reuniones	15.000	15.000	15.000	15.000	150.000
		A.T.	900.000	0	0	0	900.000
		Registro	50.000	50.000	50.000	50.000	500.000
		Supervisión A.T.	140.000	140.000	140.000	140.000	1.400.000
		Intervención familiar	81.000	81.000	81.000	81.000	810.000
	90% de las beneficiarias del programa se realizan control ginecológico al día a diciembre de 2015	Reuniones	15.000	15.000	15.000	15.000	150.000
		A.T.	300.000	0	0	0	300.000
		Registro	50.000	50.000	50.000	50.000	500.000
		Supervisión A.T.	140.000	140.000	140.000	140.000	1.400.000
		Intervención familiar	81.000	81.000	81.000	81.000	810.000
	90% de los beneficiarios del programa acceden a rehabilitación en CTP correspondiente entre enero y diciembre del 2015	Reuniones	15.000	15.000	15.000	15.000	150.000
		A.T.	1.360.000	1.360.000	1.360.000	1.360.000	13.600.000
		Registro	50.000	50.000	50.000	50.000	500.000
		Supervisión A.T.	140.000	140.000	140.000	140.000	1.400.000
		Intervención familiar	81.000	81.000	81.000	81.000	810.000
	90% de los beneficiarios acceden a tratamiento en salud	Reuniones	15.000	15.000	15.000	15.000	150.000
		A.T.	82.600	82.600	82.600	82.600	826.000
		Registro	50.000	50.000	50.000	50.000	500.000
		Supervisión A.T.	140.000	140.000	140.000	140.000	1.400.000
		Intervención familiar	81.000	81.000	81.000	81.000	810.000
							27.066.000

			DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZOA	BRIL	MAYO	JUNIOJ	ULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL
2. Acceso al trabajo	50% de los participantes del programa interesados en trabajar consiguen un trabajo diciembre 2014 y septiembre del 2015	Reuniones	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	150.000
		A.T.	65.000	65.000	65.000	65.000	65.000	65.000	65.000	65.000	65.000	65.000	650.000
		Registro	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	500.000
		Supervisión A.T.	140.000	140.000	140.000	140.000	140.000	140.000	140.000	140.000	140.000	140.000	1.400.000
		Intervención familiar	81.000	81.000	81.000	81.000	81.000	81.000	81.000	81.000	81.000	81.000	810.000
	40% de los participantes del programa se mantienen en un trabajo por 3 meses consecutivos entre diciemre de 2014 y septiembre de 2015	Reuniones	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	150.000
		A.T.	61.000	61.000	61.000	61.000	61.000	61.000	61.000	61.000	61.000	61.000	610.000
		Registro	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	500.000
		Supervisión A.T.	140.000	140.000	140.000	140.000	140.000	140.000	140.000	140.000	140.000	140.000	1.400.000
		Intervención familiar	81.000	81.000	81.000	81.000	81.000	81.000	81.000	81.000	81.000	81.000	810.000
													6.980.000

			DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRILM	AYO
3. Incorporación al SPS								
	100% de los participantes del programa con su RND o en proceso de tramitación entre diciembre 2014 y septiembre de 2015	Reuniones	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000
		A.T.	172.800	172.800	172.800	172.800	172.800	172.800
		Registro	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000
		Supervisión A.T.	140.000	140.000	140.000	140.000	140.000	140.000
		Intervención familiar	81.000	81.000	81.000	81.000	81.000	81.000
	90% de los participantes del programa interesados en PBS, acceden a esta entre diciembre de 2014 y septiembre de 2015	Reuniones	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000
		A.T.	106.200	106.200	106.200	106.200	106.200	106.200
		Registro	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000
		Supervisión A.T.	140.000	140.000	140.000	140.000	140.000	140.000
		Intervención familiar	81.000	81.000	81.000	81.000	81.000	81.000
			851.000					

JUNIOJ	ULIO	AGOSTOS	EPTIEMBRE	TOTAL
15.000	15.000	15.000	15.000	150.000
172.800	172.800	172.800	172.800	1.728.000
50.000	50.000	50.000	50.000	500.000
140.000	140.000	140.000	140.000	1.400.000
81.000	81.000	81.000	81.000	810.000
15.000	15.000	15.000	15.000	150.000
106.200	106.200	106.200	106.200	1.062.000
50.000	50.000	50.000	50.000	500.000
140.000	140.000	140.000	140.000	1.400.000
81.000	81.000	81.000	81.000	810.000
				8.510.000

			DICIEMBRE	ENEROF	EBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
4. Acceso a estudio / capacitación								
	75% de los participantes del programa ingresan al sistema formal de estudios entre diciembre de 2014 y septiembre de 2015	Reuniones	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000
		A.T.	224.000	224.000	224.000	224.000	224.000	224.000
		Registro	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000
		Supervisión A.T.	140.000	140.000	140.000	140.000	140.000	140.000
		Intervención familiar	81.000	81.000	81.000	81.000	81.000	81.000
	75% de los participantes del programa interesados ingresan al sistema de capacitación entre diciembre de 2014 y septiembre de 2015	Reuniones	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000
		A.T.	224.000	224.000	224.000	224.000	224.000	224.000
		Registro	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000
		Supervisión A.T.	140.000	140.000	140.000	140.000	140.000	140.000
		Intervención familiar	81.000	81.000	81.000	81.000	81.000	81.000
			1.020.000					

JUNIOJ	ULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRET	OTAL
15.000	15.000	15.000	15.000	150.000
224.000	224.000	224.000	224.000	2.224.000.
50.000	50.000	50.000	50.000	500.000
140.000	140.000	140.000	140.000	1.400.000
81.000	81.000	81.000	81.000	810.000
15.000	15.000	15.000	15.000	150.000
224.000	224.000	224.000	224.000	2.224.000.
50.000	50.000	50.000	50.000	500.000
140.000	140.000	140.000	140.000	1.400.000
81.000	81.000	81.000	81.000	810.000
				10.200.000

			DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
5. Acceso a estudio / capacitación	75% de los participantes del programa ingresan al sistema formal de estudios entre diciembre de 2014 y septiembre de 2015	Reuniones	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000
		A.T.	224.000	224.000	224.000	224.000	224.000	224.000
		Registro	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000
		Supervisión A.T.	140.000	140.000	140.000	140.000	140.000	140.000
		Intervención familiar	81.000	81.000	81.000	81.000	81.000	81.000
			510.000					

JUNIOJ	ULIOA	GOSTOS	EPTIEMBRET	OTAL
15.000	15.000	15.000	15.000	150.000
224.000	224.000	224.000	224.000	2.224.000.
50.000	50.000	50.000	50.000	500.000
140.000	140.000	140.000	140.000	1.400.000
81.000	81.000	81.000	81.000	810.000
				5.100.000

			DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
6.Autonomía	75% de los participantes del programa mejoran en un 40% el nivel de autonomía para acceder a sus derechos entre diciembre de 2014 y septiembre de 2015	Reuniones	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000
		A.T.	224.000	224.000	224.000	224.000	224.000	224.000
		Registro	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000
		Supervisión A.T.	140.000	140.000	140.000	140.000	140.000	140.000
		Intervención familiar	81.000	81.000	81.000	81.000	81.000	81.000
			510.000					

JUNIOJ	ULIOA	GOSTOS	EPTIEMBRET	OTAL
15.000	15.000	15.000	15.000	150.000
224.000	224.000	224.000	224.000	2.224.000.
50.000	50.000	50.000	50.000	500.000
140.000	140.000	140.000	140.000	1.400.000
81.000	81.000	81.000	81.000	810.000
				5.100.000

			DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
7. Satisfacción con el programa	85% de los participantes del programa se sienten satisfechos con la participación en el programa entre diciembre de 2014 y septiembre de 2015	Aplicación	0	0	0	0	0	0
		Procesamiento	0	0	0	0	0	0
		Informe resultados	0	0	0	0	0	0

JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL
0	0	20.000	0	20.000
0	0	10.000	10.000	20.000
0	0	0	100.000	100.000
				140.000

			DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
8. Difusión y socialización de la experiencia	Creación de 1 documento de sistematización de la experiencia del programa ECAD - RBC entre diciembre de 2014 y septiembre de 2015	Consultor	0	0	0	0	500.000	500.000

JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL
500.000	500.000	500.000	500.000	3.000.000
				3.000.000

TOTAL PROYECTO	$ 66.096.000
SENADIS	$ 15.935.000
CTP	$ 0
OTROS	$ 0
DIFERENCIA	$ 50.161.000