SISTEMATIZACIÓN PROGRAMA DE APOYO PARA LA AUTONOMÍA:

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

MARÍA TERESA ABUSLEME LAMA
LUIS AGUILERA DONNAY

Santiago, Mayo 2017

PALABRAS DE LA DIRECTORA

Los estereotipos y prejuicios sociales hacia las personas con discapacidad psíquica han generado un proceso de exclusión, marcado principalmente por el aislamiento en instituciones de larga estadía, dejando una huella en su historia. El estado de Chile, está constantemente trabajando para generar cambios sociales, orientados en la promoción de los derechos de las personas con discapacidad, creando espacios de participación social e igualdad de oportunidades, sin duda hemos avanzado, pero aún falta mucho por hacer, sobre todo cuando hablamos de discapacidad psíquica.

El interés de nuestro país en la temática, queda plasmado en la ratificación de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad el año 2008 y la posterior promulgación de la Ley 20.422, que Establece Normas Sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de las Personas con Discapacidad, Ley que dentro de sus principios fundamentales plantea promover la vida independiente y la autonomía de las personas con discapacidad. Es bajo este principio, que la Comunidad Terapeutica de Peñalolen ha desarrollado su modelo de trabajo, apoyados también por el Programa de Transito a la Vida Independiente del Servicio Nacional de la Discapacidad, trabajo que indudablemente contribuye al mejoramiento de la calidad de vida, inclusión social y participación de las personas en situación de discapacidad, dependencia y vulnerabilidad.

Este modelo de trabajo, centrado en las personas, sus necesidades reales y sus contextos, busca facilitar el acceso a derechos económicos, sociales y culturales, entregando servicios de apoyo que incentiven la participación de la vida en la comunidad.

Para el Servicio Nacional de la Discapacidad y en particular para la Dirección Regional Metropolitana, es muy importante reconocer estrategias como esta, donde la persona es el centro del trabajo, y la relación horizontal con el equipo permite generar el fortalecimiento de la persona, como un sujeto de derecho, trabajo que viene a dignificar a aquellos que por años han sido excluidos.

El trabajo de la Comunidad Terapeutica de Peñalolen es un trabajo efectivo, con años de experiencia, un soporte para el sistema de salud comunal, que abre nuevos espacios, iniciativa que es importante de destacar y replicar a nivel nacional.

Los y las invitamos a leer, conversar y reflexionar acerca de esta sistematización, esperando que este instrumento de trabajo contribuya a generar más y mejores políticas públicas que puedan resolver las necesidades reales que surgen de los territorios y puedan responder a la realidad de miles de chilenos y chilenas en situación de discapacidad.

Muchas Gracias,

Directora Regional (s)
Servicio Nacional de la Discapacidad

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....7
II. CONTEXTUALIZACIÓN
La discapacidad a nivel internacional
Cifras de discapacidad en Chile
Discapacidad Psíquica en Chile
Convención de Derechos para las personas en situación de discapacidad y leyes antidiscriminación
Derechos y legislación en relación a salud mental
Autonomía
Modelo Comunitario en Salud Mental
Colectivos
Percepción y valoración de lo comunitario

III. EQUIPO DE TRABAJO COMUNIDAD TERAPÉUTICA.....27

IV. MODOS DE TRABAJAR: UN MODELO EN CONSTRUCCIÓN PARA AVANZAR COLECTIVAMENTE EN PROYECTOS DE VIDA CON BASE EN LA AUTONOMÍA.....29
Características de las y los consultantes
Contextos individuales, familiares y sociales
Enfoque de Derechos: económicos, sociales y culturales
Cuidado centrado en la persona
Relaciones interinstitucionales
Satisfacción y nudos críticos
Equipo CORDES y vínculos

V. ALGUNAS CONCLUSIONES.....64

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.....69

I. INTRODUCCIÓN

La Comunidad Terapéutica de Peñalolén es un centro ambulatorio de rehabilitación psicosocial, perteneciente a la Corporación sin fines de lucro, CORDES. Comenzaron su trabajo en 1988 bajo el alero de la Cooperación Italiana y la dirección de la psicóloga Teresa Huneeus.

Son parte de esta Comunidad, personas en situación de discapacidad de causa psíquica, hombres y mujeres, entre 16 y 60 años, quienes viven con sufrimiento psíquico, son vulneradas en sus derechos y, producto de factores contextuales, presentan además dificultades graves para el desarrollo de sus vidas cotidianas y de sus proyectos de vida. Los diagnósticos médicos al ingreso son principalmente esquizofrenia.

La Comunidad es parte de la red de salud mental y psiquiatría del Servicio de Salud Metropolitano Oriente. Los programas que desarrolla están orientados principalmente a los sectores de mayor pobreza de las comunas de Peñalolén y La Reina, los cuales no siempre han accedido a procesos de rehabilitación continuos, de calidad y de largo plazo.

El trabajo que se realiza con los consultantes es un plan integral basado en las necesidades específicas de cada uno, con un fuerte enfoque centrado en la persona, sus derechos, su dignidad y autonomía, que involucra intervenciones grupales dentro y fuera de la Comunidad, tales como los colectivos de acceso y derechos, intervenciones individuales y acompañamiento terapeútico con terapeuta ocupacional y psicóloga, intervenciones y asambleas con familias, trabajo y coordinación con redes sanitarias y sociales, además de trabajo conjunto con universidades.

Los principales dispositivos con quienes existe coordinación y trabajo conjunto son: Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM) Peñalolén y Ñuñoa, Hospital Diurno de Peñalolén, Centro de Referencia de Salud (CRS) Cordillera, , Programa de Intervención Especializada (PIE) Peñalolén, Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO) de Peñalolén, los distintos centros de salud familiar de las comunas antes nombradas y la red de solidaridad existente, específicamente el Consejo de Desarrollo Local en Salud (CDL). Se suma además el Hospital Salvador y el Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

El número de personas que ingresa a la Comunidad es variable. Durante el año 2016 se ha trabajado con un número promedio de 25 integrantes, sus familias y su entorno más próximo.

Un importante componente del trabajo que se realiza consiste en la planificación e implementación de un Programa de Apoyo a la Autonomía, cuyo propósito es que las personas en situación de discapacidad de causa psíquica accedan a sus derechos, en particular los del ámbito económico, social y cultural: salud, vivienda, trabajo, educación, protección social, participación comunitaria. Este programa contempla tres estrategias que cuentan con años de desarrollo en la institución, las cuales son acompañamientos terapéuticos (AT), intervención y práctica de redes, sumando a ello los Colectivos. Los AT tienen diferentes definiciones, según la corriente teórica, sin embargo en Chile ha sido posible aproximar a una nominación existente por ley desde el año 2010, servicios de apoyo: “Toda prestación de acciones de asistencia, intermediación o cuidado, requerida por una persona con discapacidad para realizar las actividades de la vida diaria o participar en el entorno social, económico, laboral, educacional, cultural o político, y para

superar barreras de movilidad o comunicación, todo ello en condiciones de mayor autonomía funcional (MIDEPLAN, 2010, página 3)[1] ".

En este marco, el año 2016 se presentó al Programa de Tránsito a la Vida Independiente del Servicio Nacional de Discapacidad, SENADIS, un proyecto que se propuso fomentar la autonomía, mejore la calidad de vida y permita superar la vulnerabilidad social de la cual son parte los usuarios, por medio de la implementación de un sistema de acompañamientos acorde a las necesidades de las personas participantes de la Comunidad.

El presente documento sistematiza la experiencia anterior, colocando el énfasis en las condiciones en que se desarrollan los procesos hacia una vida independiente, desde la ética de los derechos humanos y la autonomía. Para ello específicamente, se analizaron los aspectos que favorecen y obstaculizan el funcionamiento de los colectivos, entendidos 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).

- Continuidad de los Cuidados;
- Inclusión/exclusión;
- Estigma;
- Comunidad/Apoyo mutuo;
- Grupalidad/Colectivo;
- Dolor psíquico;
- Bienestar psicosocial;
- Cuidado centrado en la persona;
- Salud mental;
- Dependencia;
- Acceso a derechos: vivienda, salud, educación (estudios y capacitación), trabajo y participación ciudadana.

Siendo todos ellos, articulados desde la Autonomía, lo cual se ha considerado el eje principal para el ejercicio de la dignidad y la libertad.

1 Texto extraído del artículo "Estrategias comunitarias para el acceso a derechos a través de la estrategia RBC: acompañamientos para el acceso a derechos, pro autonomía y participación comunitaria" escrito por Gloria Silva y Paula Paredes en el libro "Diálogos Colectivos en torno a la autonomía de personas en situación de dependencia", Editorial USACH, marzo de 2016.

II. CONTEXTUALIZACIÓN

La Discapacidad a nivel Internacional

A nivel mundial, y de acuerdo a las cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 1.000 millones de personas viven con algún tipo de discapacidad, lo que representa al 15% de la población. No obstante ello, se espera que estos porcentajes aumenten, producto de la extensión de las enfermedades crónicas y el envejecimiento poblacional (OMS, 2016).

La OMS define discapacidad de acuerdo a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), a partir de la cual el funcionamiento y la discapacidad de una persona, deben ser concebidos como una interacción dinámica entre los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, traumas, etc.) y los factores contextuales o ambientales (OMS, 2001). Es esencial renunciar a un enfoque biomédico, y considerar a las personas como seres biopsicosociales, inmersos en distintos entornos, donde la diversidad es el eje para la construcción de espacios participativos, inclusivos y libres de discriminación, basados en la aplicación real del enfoque de derechos humanos. Así, los esfuerzos deben concentrarse en mejorar las condiciones sociales y culturales del entorno, para consolidar los espacios de rehabilitación, acceso a servicios y a las oportunidades de trabajo.

En este marco, para la Comunidad Terapéutica la inclusión de las personas en situación de discapacidad, con graves problemas de salud mental e importante dolor psíquico, es una cuestión de derechos, donde el tránsito hacia una vida independiente y con autonomía es necesariamente un asunto político, que se cursa a través de una reivindicación de la condición de sujeto de derecho[2].

Agustina Palacios[3] ha tensionado estos conceptos, específicamente dependencia, autonomía y derechos humanos, planteando que los seres humanos son interdependientes, por lo tanto la dependencia es una situación que se da en las relaciones sociales, conllevando una posición de subordinación, en relación directa con los estereotipos, prejuicios y la discriminación, vale decir, es una construcción social.

En la actualidad las enfermedades de salud mental están aumentando. De acuerdo a cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) [4], los trastornos mentales y los trastornos ligados al consumo de sustancias, son la causa del 23% de los años perdidos por discapacidad. El Informe realizado el año 2015 por el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Dainius Pūras, da cuenta que los problemas de salud mental y las discapacidades mentales constituyen el 14% de la incidencia total de enfermedades. Pese a ello, plantea que en contraste con lo que sucede con la salud física, a la salud mental se le atribuye un nivel de prioridad inadecuadamente bajo y se le asignan recursos humanos y financieros insuficientes[5] .

2 Op. cit.

3 Op. cit.

4 http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

5 Organización de las Naciones Unidas (2015): Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Dainius Pūras Consejo de Derechos Humanos, 29º período de sesiones, Tema 3 de la agenda,

Se suma además que las personas que viven con discapacidad psíquica son víctimas de mayor estigmatización y discriminación, lo cual muchas veces es razón para no recurrir a los servicios de salud mental, no recibiendo la atención necesaria y pertinente para mejorar su calidad de vida.

En este sentido, es dable considerar que las personas con "enfermedades mentales" han sido históricamente excluidas y marginadas, un importante número ha sido institucionalizada bajo políticas manicomiales. La OMS, en este sentido, sostiene que con frecuencia esta población ha sido aislada de la sociedad, siendo objeto de tratos inhumanos y degradantes, violencia física, emocional y abandono, privación del derecho a ejercer la autonomía y carencia de acceso a todas las formas de inclusión social: educación, salud, actividades políticas, trabajo, derechos sexuales y reproductivos, entre otros [6]. Lo mismo plantea la Convención Derechos Humanos para las personas con discapacidad, donde se declara que "las personas con discapacidad siguen encontrando barreras para participar en igualdad de condiciones con las demás en la vida social y que se siguen vulnerando sus derechos humanos en todas las partes del mundo". Cabe agregar que la Organización de Naciones Unidas ha declarado que "sin salud mental, no hay salud física"[7] . Es importante resaltar que dado estas condiciones, muchas veces son las familias quienes asumen los costos de tratamiento, existiendo una importante sobrecarga en lo relativo a recursos económicos, sociales y de cuidado.

En razón con lo anterior, el Informe Mundial de Discapacidad del año 2011, da cuenta que la población que presenta discapacidad psíquica o intelectual, tiene mayores dificultades para su inclusión en todos los ámbitos de la vida[8] , siendo un elemento importante las barreras sociales en el entorno. De hecho el mismo informe, sostiene que las personas con trastornos mentales graves tienen una brecha de atención de entre el 35% y el 50% en los países desarrollados y del 76% y 85% en los países en vías de desarrollo.

Pese a ello, la OMS ha planteado que por cada dólar invertido en el tratamiento de la depresión y la ansiedad, se logran mejoras de cuatro dólares en la salud y la capacidad de trabajo de las personas. Esto da clara cuenta de los beneficios, tanto sanitarios como económicos, de invertir en el tratamiento de las enfermedades mentales. Cálculos realizados dan cuenta que con 2 dólares anuales por personas en los países de bajos ingresos y 4 dólares en los de ingresos medios, es suficiente. No obstante, los presupuestos en los países son muy inferiores a lo planteado anteriormente [9].

A nivel mundial la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) ha señalado que una de cada dos personas a lo largo de su vida tendrá enfermedades de salud mental. Se suma a ello que el 20% de la población laboralmente activa presenta un trastorno siquiátrico, lo cual conlleva un alto impacto social y económico[10]. El año 2002 el 1% de la mortalidad, el 13% de la morbilidad y el 28% de la discapacidad estaba representado por las enfermedades mentales[11] . Para el año 2010 esto implicaba 183,9 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), lo que transformaba a estas condiciones en la primera causa de años vividos con discapacidad del mundo[12] .

La depresión es el trastorno mental más frecuente de acuerdo a lo sostenido por la OMS y la OPS. Se estima que afecta a más de 350 millones de personas de todas las edades en el mundo, muriendo un millón de personas cada año producto de los suicidios[13] . Le sigue el trastorno afectivo bipolar que aqueja a 60 millones de personas y luego la esquizofrenia y otras psicosis con 21 millones de personas en esta condición[14] .

Es de vital importancia insistir en que quienes padecen enfermedades mentales son más vulnerables social y económicamente que la población general, esto explicado en gran parte por las restricciones de los seguros de salud y el mayor gasto de bolsillo en el que incurren, presentan mayores cifras de desempleo, bajo nivel de escolaridad y altos niveles de dependencia. Se suma a ello, que esta población es más propensa a presentar otras patologías como enfermedades cardiovasculares y cánceres, lo que complejiza aún más su situación[15] .

A su vez, y tal como se planteó en párrafos anteriores, existen importantes brechas en el tratamiento de las patologías mentales. La OMS ha declarado que la brecha terapéutica mediana para la depresión es de un 56,3%, para la distimia de un 56%, el trastorno bipolar un 50,2%, el trastorno de pánico de un 55,9%, la ansiedad generalizada de un 57,5%, los trastornos obsesivo compulsivos un 57,3% y la esquizofrenia, incluidas otras psicosis no afectivas, un 32,2%. La brecha más importante corresponde al abuso y la dependencia del alcohol con un 78,1%[16] .

Dado lo anterior, surge la necesidad de forjar, luego de años de negociación, la entrada en vigencia de la Convención de Derechos para las Personas en situación de Discapacidad el año 2008.
La Convención presenta un cambio de paradigma de vital importancia, pues deja de concebir a las personas en situación de discapacidad como objetos de protección, y las releva a sujetos de derechos, promoviendo, protegiendo y asegurando el pleno disfrute, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, basándose en la solidaridad, la autonomía y el respeto profundo de su dignidad intrínseca (ONU, 2008).

Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo.

6 http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2015_infosheet/es/

7 Op.cit.

8 Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011): Informe Mundial sobre Discapacidad. OMS, Banco Mundial. Malta.

9 http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/ (Revisado en diciembre de 2016).

10 Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (2014): Making Mental Health, Count Focus Health, OCDE, July.

11 Vicente, Benjamín et al. (2006): Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study. American Journal Psychiatry, Agosto 2006; 163:1362–1370.

12 Whiteford HA, et al. (2013): Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2013 Nov 9;382(9904):1575-86. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61611-6. Epub 2013 Aug 29.

13 Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014): Prevención del suicidio. Un imperativo global. Disponible en http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1 (Revisado en diciembre 2016).

14 http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/ (Revisado en diciembre de 2016).

15 Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011): Informe Mundial sobre Discapacidad. OMS, Banco Mundial. Malta.

16 http://www.who.int/bulletin/volumes/82/11/khon1104abstract/es/ (Revisado en diciembre de 2016).

Cifras de discapacidad en Chile

En relación a lo planteado anteriormente, se puede sostener que la discapacidad es una construcción simbólica, un término genérico y relacional que incluye condiciones de salud y déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Esto es compartido por varios actores, incluido el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), quien en su Segundo Estudio Nacional, utiliza dicha conceptualización, relevando la interacción entre los individuos y sus factores contextuales, ambientales y personales[17] . A su vez, sostiene que las personas que viven en situación de discapacidad son aquellas que, en relación a sus condiciones de salud física, psíquica, intelectual, sensorial u otras, al interactuar con diversas barreras contextuales, actitudinales y ambientales, presentan restricciones en su participación plena y activa en la sociedad (SENADIS, 2015).

En Chile, según la Encuesta de Discapacidad del año 2015 (SENADIS, 2015), el 20% de la población adulta de 18 y más años vive en esta condición, de ellos el 8,3% tiene problemas severos en su desempeño (discapacidad severa) y el 11,7% está en situación de discapacidad leve a moderada. El 40,4% de las personas adultas en situación de discapacidad se encuentran, además en situación de dependencia. En este sentido, el 41,2% cuenta con la colaboración de otras personas para la realización de sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, mientras que el 53,9% no cuenta con apoyo, pero reporta no necesitarlo. Es importante resaltar que el 4,9% requiere del apoyo de otra persona y no cuenta con él (SENADIS, 2015).

Cabe agregar que el 73,9% de los cuidadores de las personas que viven en contextos de discapacidad son mujeres, las cuales en su mayoría no reciben una remuneración por sus labores de asistencia (SENADIS, 2015).

La discapacidad es una condición que afecta más al género femenino. El 24,9% de las mujeres presenta esta condición, de las cuales 14,3% corresponde a discapacidad leve a moderada y 10,6% a severa. En los hombres la discapacidad alcanza el 14,8%, situándose el 8,9% en discapacidad leve a moderada y 5,9% en severa. De este modo, del total de población que vive en situación de discapacidad, el 64,4% son mujeres y el 35,6% son hombres (SENADIS, 2015).

De acuerdo al grupo etario, la mayor prevalencia de discapacidad se observa en la población de 60 años y más. En este sentido, del 100% de las personas que presentan discapacidad, el 8,3% tiene entre 18 y 29 años, el 12,7% entre 30 y 44 años, el 31,8% se sitúa entre los 45 y 59 años y finalmente el 47,2% tiene 60 y más años. Es importante sostener que entre los 18 y 59 años los porcentajes de mayor discapacidad están en los niveles leve a moderado, mientras que en las personas de 60 y más años, existe una mayor prevalencia de la discapacidad severa (SENADIS, 2015).

Desde una mirada socioeconómica, la discapacidad afecta en mayor medida a los quintiles con menores ingresos. De hecho el quintil I contempla el 25,5% del total de personas en situación de discapacidad, el quintil II el 24,4%, el quintil III el 19,7%, el quintil IV el 17,6% y el quinto quintil el 12,4%. Vale decir, prácticamente el 70% de las personas que viven en situación de discapacidad tienen un ingreso per cápita en sus hogares menor a $195.000 pesos chilenos (SENADIS, 2015).

17 Concepto basado en la Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud de la OMS, 2001, (SENADIS, 2015).

En cuanto a los niveles educacionales, las personas en situación de discapacidad presentan menor cantidad de años de estudios cursados, alcanzando un total de 8,6 años en promedio, 3 años menos que la población sin discapacidad, cuya cifra alcanza los 11,6 años. A su vez, las personas en situación de discapacidad severa cuentan en promedio con 7,1 años de educación, aumentado a 9,6 en las personas en situación de discapacidad leve a moderada (SENADIS, 2015).

En referencia a la inclusión de las personas que viven en situación de discapacidad, el 42,8% participa en el mercado laboral, estando 39,3% ocupados y 3,6% desocupados. Son los hombres quienes ostentan un porcentaje mayor de participación laboral alcanzando un 53,1%, cifra que se reduce a 37,2% para las mujeres. A su vez, son los tramos etarios de 30 a 44 y de 45 a 59, los que detentan los mayores porcentajes de inclusión laboral de las personas en situación de discapacidad con un 72,9% y 65,1% para cada uno (SENADIS, 2015). El porcentaje de personas en situación de discapacidad inactivas alcanza 57,2%. A modo de comparación, para las personas sin discapacidad el porcentaje de participación en el mercado laboral alcanza un 69%, existiendo un 31% de inactivos (SENADIS, 2015).

En referencia a los ingresos recibidos por las personas en situación de discapacidad, éstos son bastante menores en comparación con la población sin situación de discapacidad. El promedio de ingreso mensual para una persona sin discapacidad alcanza $434.586, mientras que para una persona en situación de discapacidad leve o moderada es $303.820. Para una persona en situación de discapacidad severa disminuye aún más, alcanzando los $269.583 (pesos chilenos) (SENADIS, 2015). Al igual que sucede con la población general, son los hombres en situación de discapacidad quienes tienen ingresos más altos, percibiendo en promedio $355.528. Esta cifra para las mujeres alcanza los $246.340 (pesos chilenos) (SENADIS, 2015).

El 51,6% de las personas en situación de discapacidad presenta alguna condición permanente relativa a dificultad física y/o movilidad (36,9%), mudez o dificultad en el habla (3,7%), dificultad psiquiátrica (4,1%), dificultad mental o intelectual (5,4%), sordera o dificultad para oír, aún usando audífono (8,2%), ceguera o dificultad para ver aún usando lentes (11,9%). Este porcentaje (51,6%) para las personas en situación de discapacidad leve o moderada alcanza 34,1% y en personas con discapacidad severa es de 76,2% (SENADIS, 2015).

El porcentaje de la población adulta que recibió servicios de rehabilitación por situación de discapacidad en los últimos 12 meses es de 19,1%, cifra que es 15,1% para personas en situación de discapacidad leve y moderada y 24,7% para personas con discapacidad severa (SENADIS, 2015).

En relación a la participación social, el 61,3% de las personas en situación de discapacidad no participa en organizaciones sociales, mientras que el 38,7% sí lo hace, siendo el 6,3% organizadores de dichas agrupaciones. Las mujeres participan en mayor medida (40,9%) que los hombres (34,7%) (SENADIS, 2015).

Es importante destacar que las personas en situación de discapacidad que señalan haberse sentido discriminadas en el último año representan el 23,9%, cifra muy superior a lo planteado por la población sin discapacidad que alcanza el 10,3%. Las cifras más altas de discriminación son percibidas por las personas con discapacidad severa (31,1%). De acuerdo al sexo, son los hombres quienes muestran niveles mayores de percepción de discriminación con un 27,7%. Esta cifra para las mujeres alcanza 21,8% (SENADIS, 2015).

Discapacidad psíquica en Chile

De acuerdo al informe elaborado sobre la situación de la salud mental en Chile por la Universidad de Chile y el Ministerio de Salud el año 2014[18] , existen 41,5 profesionales y técnicos por cada cien mil usuarios de FONASA. A nivel nacional, existen 7 psiquiatras, 2 enfermeras, 1,9 trabajadores sociales, 3 terapeutas ocupaciones y 171,5 psicólogos por cada cien mil habitantes, destacando estos últimos por su cantidad y desproporción en relación a las otras profesiones.

En referencia a los dispositivos de atención, el mismo informe da cuenta de un aumento considerable en la última década. Al año 2012 existían 832 centros de atención primaria que proveían de atención en salud mental, 723 postas rurales, 83 centros de salud mental comunitaria, 53 unidades de psiquiatría ambulatoria, 45 hospitales de día, 23 unidades de corta estadía para adultos en hospitales generales, 8 unidades de corta estadía para adolescentes en hospitales generales, 51 centros diurnos, 5 hospitales psiquiátricos y 199 hogares y residencias protegidas. En este marco, la razón de prestaciones ambulatorias versus prestaciones residenciales, alcanzó 1,82, bastante superior al 0,88 que existía el 2004.

Las prevalencias específicas de trastornos mentales en Chile han sido estudiadas por Benjamín Vicente y su equipo[19]. Ellos realizaron una entrevista diagnóstica basada en el instrumento utilizado a nivel internacional, CIDI, y en los diagnósticos del DMS-III-R. Éste fue aplicado a una muestra aleatoria estratificada de 2.978 individuos de cuatro provincias representativas de la población de 15 años o más del país (Santiago, Concepción, Iquique y Cautín). Se estimaron las tasas de prevalencia de por vida y de 12 meses. La tasa de respuesta fue del 90,3%.

Los resultados dieron cuenta que aproximadamente un tercio (31,5%) de la población tenía un trastorno psiquiátrico durante toda su vida y el 22,2% tenía un trastorno en los últimos 12 meses. Los trastornos psiquiátricos más frecuentes durante la vida fueron agorafobia (11,1%), fobia social (10,2%), fobia simple (9,8%), trastorno depresivo mayor (9,2%) y dependencia de alcohol (6,4%). De este modo, se dio cuenta que son los trastornos de ansiedad los más prevalentes, seguidos por la depresión mayor y los trastornos por consumo de alcohol.

De las personas que presentaban un diagnóstico de prevalencia de 12 meses, el 30,1% tenía un trastorno psiquiátrico comórbido, de los cuales la mayoría había buscado servicios de salud mental, en contraste con un cuarto de los que tenían un solo trastorno.

Los autores concluyeron que las tasas de prevalencia en Chile son similares a las obtenidas en otros estudios realizados en América Latina y grupos hispanohablantes de América del Norte. Sin embargo, la comorbilidad y los trastornos del consumo de alcohol no fueron tan frecuentes como en América del Norte.

Esto se traduce en que los trastornos neuropsiquiátricos son responsables del 23% de la carga de

18 Universidad de Chile, Ministerio de Salud (2014): Evaluación del Sistema de Salud Mental en Chile. Segundo Informe Junio. Santiago, junio, 2014.

19 Vicente, Benjamín et al. (2006): Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study. American Journal Psychiatry, Agosto 2006; 163:1362–1370.

enfermedad en el país[20], la mayor dentro de las enfermedades no transmisibles[21] . De hecho, las licencias médicas relativas a la salud mental han ocupado los primeros lugares en los últimos años. En la Primera encuesta nacional de empleo, trabajo, salud y calidad de vida[22] , se plantea que el 21% de los trabajadores en Chile refiere haberse sentido melancólico, triste o deprimido por un periodo de dos semanas en los últimos 12 meses.

En lo relativo a la Encuesta Nacional de Salud aplicada el año 2009-2010[23] , a nivel poblacional, el 17,2% presenta síntomas depresivos, existiendo una mayor prevalencia en mujeres (25,7%) que en hombres (8,5%). En la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, CASEN, del año 2015, la depresión es nombrada como la tercera causa de tratamiento médico en los últimos doce meses, con una proporción de cuatro mujeres por cada hombre. Le antecede la hipertensión arterial y la diabetes.

Del total de personas que han sido diagnosticados, solo el 38,5%[24] ha recibido algún tipo de servicio de salud mental, ya sea de un especialista o un médico de atención primaria. De acuerdo al Atlas de Salud Mental de la OMS, esta cobertura de atención está por debajo de la media en países de ingresos medios, siendo cercana a la de los países con bajos ingresos.

No obstante ello, la inclusión de cuatro problemas de salud mental en las Garantías Explícitas de Salud (GES) (depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia y consumo perjudicial o dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años), ha permitido disponer de una mayor cantidad de recursos humanos y operacionales para la salud mental en el sector público y privado, disminuyendo parte de las brechas de atención existentes. La CASEN del año 2015, muestra que más del 60% de las personas que estuvieron en tratamiento por depresión en los últimos doce meses, financió su tratamiento mediante las GES.

Es importante hacer notar que el porcentaje de presupuesto destinado a salud mental a lo largo de los años ha aumentado. De hecho lo hizo de manera significactiva entre los años 2000 (1,2%) y 2008 (3,1%). En los años noventa no superaba el 1%. Posteriormente ha sufrido una reducción alcanzando el año 2012 un 2,16%. De este porcentaje se destinó el 70% a la atención ambulatoria de especialidad, seguido por el tratamiento y rehabilitación de problemas de alcohol y drogas y el tratamiento de trastornos mentales en APS. El presupuesto para los hospitales psiquiátricos fue de un 16% [25].

Todas estas inversiones siguen siendo insuficientes, dado que la meta de la OMS es el 5% [26]. De hecho la

20 Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria (2015): Orientaciones Técnico Administrativas del Programa de Atención Integral de Salud Mental en Atención Primaria.

21 Ministerio de Salud, Departamento de Salud Pública Pontificia Universidad Católica de Chile (2008): Informe Final Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible, Chile 2007. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud.

22 Ministerio de Salud, Dirección del Trabajo, Instituto de Seguridad Laboral (2011): Primera encuesta nacional de empleo, trabajo, salud y calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras en chile. Informe interinstitucional, ENETS 2009-2010.

23 Ministerio de Salud (2009-2010): Encuesta Nacional de Salud Chile 2009-2010. Disponible en http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe04001016501 2d23.pdf (Revisado en noviembre de 2016).

24 Vicente, Benjamín, Saldivia, Sandra, Pihán, Rolando (2016): Prevalencias y Brechas Hoy: Salud Mental Mañana. Acta Bioethica 2016; 22 (1): 51-61.

25 Op. cit.

26 Universidad de Chile, Ministerio de Salud (2014): Evaluación del Sistema de Salud Mental en Chile. Segundo Informe Junio. Santiago, junio, 2014.

cobertura de personas con trastornos mentales en Chile es del 4,8%[27] , cifra que está por debajo de la media de los países con ingresos medios, que alcanza el 8,7%, y cercana al 3,4% de los países con ingresos bajos.

En las ISAPRES, los gastos en torno a la salud mental para el año 2012, fue del 2,84% de los fondos totales destinados a bonificaciones de atenciones de salud. Cabe agregar que el gasto promedio per cápita en atención de salud mental es muy superior en ISAPRES ($10.879) que en FONASA ($6.950). No obstante ello, los afiliados de ISAPRES presentan gastos de bolsillo más altos en co-pagos y medicamentos[28] . En este marco, el arancel FONASA para el día cama de hospitalización en psiquiatría año 2014, alcanzó los $3.540, mientras que los montos facturados para la misma prestación en ISAPRE, comprendieron $61.175 para prestadores preferentes y $88.097 para no preferentes. Vale decir, en ISAPRE los valores son superiores en un 1.628% en un prestador preferente y en un 2.389% en uno no preferente[29] .

Es de vital importancia destacar además que los aranceles FONASA de día cama y de consultas psiquiátricas y de psicólogo no superan los $9.000, siendo inferiores a lo observado en otras especialidades, donde la misma prestación se valoriza en $12.000 aproximadamente.

A todo lo anterior, se debe sumar que en las ISAPRES, el año 2014, la bonificación promedio por las prestaciones de salud mental fue de un 32,3% respecto de los montos facturados, producto de que son servicios que tienen tope de cobertura, mientras que en FONASA fue de 64,6%, existiendo una diferencia de 32,3 puntos porcentuales.

En el registro de licencias médicas del sistema público, las licencias por salud mental dan cuenta del 27% de los días totales de licencias autorizados y del 30% del gasto total de las licencias médicas. En ISAPRE, en un período de seis años, se autorizaron en promedio sólo el 46,7% del total de días solicitados, mientras que para las licencias por enfermedades no mentales, se autorizó en promedio el 80,5%. En el sistema ISAPRE las licencias de salud mental dan cuenta del 21,2% del total del costo por este concepto.

La brecha de servicios de salud mental se estima en un 60%, necesitándose duplicar la inversión para alcanzar una cobertura de al menos 40% de las personas afectadas.

Se observa así, que la atención de salud mental enfrenta graves restricciones de cobertura y barreras de acceso a la atención ambulatoria, rehabilitación, hospitalización y medicamentos.

Cabe agregar en relación a las cifras, que en la Encuesta Nacional de Discapacidad del año 2015, sólo se recogieron 37 casos de esquizofrenia y 109 de bipolaridad, de un universo de 12.265 casos válidos. Con ello, se hace complejo establecer perfiles estadísticos, producto que el número de casos no lo hace posible. Asimismo, en la CASEN 2015, se relevan datos en relación a la depresión, planteados en párrados anteriores, no así para la Esquizofrenia.

Convención de Derechos para las Personas en Situación de Discapacidad y leyes antidiscriminación
La realidad mostrada anteriormente en cifras da cuenta que existen una serie de desigualdades para las personas que viven con discapacidad en Chile, con la consecuente disminución de oportunidades,

27 Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria (2015): Orientaciones Técnico Administrativas del Programa de Atención Integral de Salud Mental en Atención Primaria.

28 Op.cit.

29 Cifras trabajadas por la División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

generándose una realidad de exclusión y discriminación, que puede no colaborar con el desarrollo de su bienestar personal, familiar, social, cultural y económico.

En este marco y de acuerdo a lo sistematizado por Mauricio Gómez en el artículo "Discapacidad Mental, dependencia y apoyos", se establecen una serie de barreras a las cuales son supeditadas las personas con enfermedad mental, lo que genera un severo perjuicio en el adecuado ejercicio de sus derechos[30] . Estas barreras pueden agruparse en tres categorías principales:

1) Barreras de tipo personal y relacional. Se refieren a aquellas barreras que son producidas por la propia enfermedad, por las dificultades que tienen las personas con discapacidad mental para compartir y empatizar con los distintos actores de la sociedad y por los procesos de autoestigmatización que van desarrollando en su relación con otros.

2) Barreras institucionales y normativas. Son aquellas barreras derivadas de la situación de pobreza y desventaja social, ya sea por falta de educación formal, por la carencia de empleos de calidad y apoyos económicos estables y/o por la insuficiencia de marcos adecuados para acceder a una vivienda de calidad. Están vinculadas también con aspectos estructurales, tales como los cuerpos legales y los medios de comunicación, los cuales colaboran en la estigmatización y generación de una serie de prejuicios.

3) Barreras producidas por los cuidados profesionales que reciben. Están relacionadas a los enfoques y las metodologías que orientan la actuación profesional de los equipos médicos y sociales, como también a las limitaciones y carencias materiales (de recursos de infraestructura y humanos) que pueden presentar los cuidados que se le brindan a las personas con discapacidad mental.

Para la superación de estas barreras y la consecuente generación de conciencia social, las Convenciones de Derechos para las Personas con Discapacidad cobran real importancia, pues permiten enfrentar la mirada negativa, el estigma, los prejuicios, las desigualdades y la vulnerabilidad que genera esta condición en la población, producto que relevan a las personas como sujetos de derechos, promoviendo su reconocimiento y estableciendo una serie de mínimos que debe promover el Estado y la sociedad para su bienestar y calidad de vida.

En este marco, se han establecido una serie de normas que han permitido reconocer paulatinamente los derechos de las personas en situación de discapacidad. Éstas son: La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad (OEA, 1999) y la Declaración de Montreal sobre discapacidad intelectual (OMS, OPS, 2004). Todas ellas están enfocadas en el reconocimiento de los derechos humanos en las áreas de la salud, el bienestar y la igualdad de oportunidades.

En específico, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006) es adoptada por Chile el año 2008, con el firme propósito de promover, proteger y asegurar el pleno goce en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas que

30 Texto extraído del artículo "Discapacidad Mental, dependencia y apoyos" escrito por Mauricio Gómez en el libro "Diálogos Colectivos en torno a la autonomía de personas en situación de dependencia", Editorial USACH, marzo de 2016.

viven en esta situación (ONU, 2006). La Convención exige a los países adecuar sus marcos normativos y ordenamientos internos. Sus principios son:

a. El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas;
b. La no discriminación;
c. La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad;
d. El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas;
e. La igualdad de oportunidades;
f. La accesibilidad;
g. La igualdad entre el hombre y la mujer;
h. El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad (ONU, 2006).

Por su parte, la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad (OEA, 1999) está vigente en Chile desde el año 2002. Su objetivo principal es la eliminación de todas las formas de discriminación hacia las personas en situación de discapacidad, la cual es definida como toda distinción, exclusión o restricción basada en una discapacidad, antecedente de discapacidad, consecuencia de discapacidad anterior o percepción de una discapacidad presente o pasada, que tenga el efecto o propósito de impedir o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por parte de las personas con discapacidad, de sus derechos humanos y libertades fundamentales (OEA, 1999). Esta Convención promueve la integración y la eliminación de las barreras en torno a la prestación o suministro de bienes, servicios, instalaciones, programas y actividades, tales como el empleo, el transporte, las comunicaciones, la vivienda, la recreación, la educación, el deporte, el acceso a la justicia y los servicios policiales, y las actividades políticas y de administración. A su vez, coloca un fuerte énfasis en la prevención y la promoción de una vida independiente y autosuficiente.

La Declaración de Montreal sobre discapacidad intelectual (OMS, OPS, 2004) si bien no es vinculante, permite mejorar y sostener criterios interpretativos para al ordenamiento nacional. Su énfasis está en la obligación que tienen los Estados de proteger, respetar y garantizar que todos los derechos civiles, políticos, económicos, laborales, sociales y culturales, así como las libertades fundamentales de las personas con discapacidades intelectuales sean ejercidos de conformidad con las leyes nacionales y con las convenciones, declaraciones, normas y estándares internacionales de derechos humanos (OMS, OPS, 2004).

A lo anterior, se le suman a nivel nacional una serie de instancias legislativas para alcanzar el cumplimiento de los instrumentos internacionales antes mencionados, relativos a temas integración e igualdad de oportunidades. En este marco, las leyes que surgen como las más relevantes, dado su contenido, función y aplicación, son la Ley N°19.284 y la Ley N°20.422. La primera establece la forma y las condiciones para que las personas en situación de discapacidad alcancen su integración, velando por el pleno ejercicio de sus derechos que la Constitución y las leyes les reconocen a todas las personas. Las áreas de acción de esta normativa son la calificación y diagnóstico de las discapacidades, la prevención y la rehabilitación, la equiparación de oportunidades, registro y fondo para la discapacidad, entre otras disposiciones generales.

La Ley N°20.422 versa sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de las personas con discapacidad, con el fin de obtener su plena inclusión social, asegurando el disfrute de sus derechos y eliminando cualquier forma de discriminación fundada en la discapacidad (Artículo 1). En su artículo 2 plantea que para el cumplimiento del objeto antes señalado, se dará a conocer masivamente a la comunidad los derechos y

principios de participación activa y necesaria de las personas con discapacidad, fomentando la valoración de la diversidad humana, otorgándoles el reconocimiento de persona y ser social, todo lo cual es necesario para el progreso y desarrollo del país. Cabe destacar que parte de los principios fundamentales de esta normativa es la facilitación de la autonomía en las personas que viven en situación de discapacidad en su medio habitual y la promoción de un trabajo digno en todos los ámbitos de su vida personal, familiar y social. En este sentido menciona el derecho a la rehabilitación como un medio para alcanzar el mayor grado de participación y competencia posible para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria (Artículo 21).

Derechos y legislación en relación a la Salud Mental

La legislación en salud mental busca proteger los derechos humanos, favorecer la inclusión social y evitar la discriminación de las personas que padecen de trastornos mentales, incluidas las restricciones de tipo financiero de las cuales son víctima.

A nivel internacional es importante considerar que la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), han tenido una evaluación dispar en materia de salud mental. Esto a pesar de que la Declaración Universal de Derechos Humanos establece en su primer artículo "que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos", lo cual incluiría desde su inicio a quienes padecen enfermedades mentales. Por su parte, y de manera contraria, el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, debió en 1996 explicitar la incorporación a las personas con discapacidad, dado los reparos que levantaron los entes observadores de dichos tratados a nivel mundial.

En este sentido, dichas observaciones han estado relacionadas con el derecho a la salud, donde hay tanto libertades (a controlar el propio cuerpo y salud, sexual y reproductiva, a consentir sobre tratamientos o experimentación) como derechos (a tener una protección en salud que garantice igualdad de oportunidades).

Lo anterior llevó a que surgieran documentos específicos en materia de salud mental y derechos humanos, tales como la Declaración de Caracas (1990) a nivel regional, la cual buscó reordenar la estructura de los servicios de salud mental desde un enfoque de derechos humanos, y los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (1991) de Naciones Unidas, con lo que se esperaba que los países adoptaran medidas de legislativas y presupuestarias.

En lo referido a las normativas de derechos humanos en salud mental y las leyes de salud mental, se puede observar que los países se distinguen entre aquellos que tienen leyes específicas de salud mental y aquellos que tienen normativas dispersas que afectan aspectos relacionados con la salud mental. Chile está dentro de este segundo grupo de países, teniendo leyes y normativas dispersas y contradictorias entre sí. Si bien en muchos casos las leyes no discriminan explícitamente en relación al acceso y el cuidado de las personas con problemas de salud mental, los vacíos legales pueden favorecer la implementación de limitaciones o condiciones si se trata de atención psiquiátrica o psicológica. Lo anterior ha sido trabajado por el Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental, quien en su informe del año 2014, relata las principales debilidades en el respeto de los derechos humanos para esta población.

Es por ello, que es necesario seguir trabajando por lograr un cambio de paradigma que avance realmente a la inclusión social, que sea consecuencia del respeto de los derechos de toda persona, incluidas aquellas que viven con alguna discapacidad psíquica. Es imperativo, tal como se planteó en párrafos anteriores, dejar de considerar a las personas objetos de protección y situarlas como sujetos de derechos, a las cuales se les reafirma su identidad, permitiendo respetar cuestiones básicas, tales como la dignidad intrínseca, la igualdad, la autonomía, la participación y la solidaridad. En este sentido, la dignidad intrínseca es un valor inherente al ser humano por sólo hecho de ser miembro de su especie. La igualdad queda definida como la paridad en el valor de todas las personas, en el goce o adquisición. La autonomía es la expresión de la facultad de adoptar y tomar decisiones sobre la propia vida, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando a los demás. La participación se constituye como un derecho-deber, dado que tambiés es inherente al ser humano por ser parte de su existencia como ente social. La solidaridad parte de la base que las personas con discapacidad psíquica son sujetos de derecho, pudiendo exigir al Estado el ejercicio y la defensa de éstos. Es un esfuerzo hacia un orden social más justo, en el que las tensiones puedan ser mejor resueltas y mayormente negociadas. Se manifiesta en la distribución de bienes, en la atención al interior del circuito judicial, en las instituciones sanitarias y en toda la administración del Estado. Todos estos principios se entienden complementarios y relacionados unos con otros[31] .

Cabe destacar que para promover una verdadera inclusión, hay tres artículos en la Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad que con centrales:

Artículo 12 relativo a la igualdad de trato ante la ley y acceso para ejercer dicha igualdad.
Artículo 18 que plantea la libertad de desplazamiento y elección de residencia y nacionalidad.
Artículo 19, que sostiene el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad.

Autonomía

Tal como se plantea en la introducción del libro "Diálogos Colectivos en torno a la autonomía de personas en situación de dependencia" editado por la Universidad de Santiago y organizado por el Servicio Nacional del Discapacidad, la autonomía se expresa en la libertad y la dignidad que sustentan las personas por el solo hecho de ser seres humanos y no por tener determinada función cognitiva y/o física. En este marco, y tal como se planteó en el apartado anterior, la Convención para personas en situación de discapacidad sostiene la autonomía como uno de sus elementos fundamentales, definiéndola como "la capacidad inherente del ser humano para realizar acciones y tomar decisiones personales. La autonomía tiene una doble dimensión, una moral y una de derechos".

Es así como la pérdida de autonomía funcional no necesariamente implica la pérdida de la libertad humana, por el contrario, lleva a que se acrecienten los esfuerzos por el resguardo de la autonomía moral. De este modo, el Estado y la sociedad deben generar distintas estrategias para garantizar la titularidad de los derechos en las personas con discapacidad, incluyendo todas las áreas referidas a los distintos derechos humanos.

31 Arenas, Ángela (2017): Plan Nacional de Demencia. Ministerio de Salud.

Precisamente en esta línea trabaja el Programa Tránsito a la Vida Independiente, el cual tiene por objetivo contribuir al mejoramiento de la calidad de vida, inclusión social y participación en la comunidad local de las personas en situación de discapacidad, dependencia y vulnerabilidad. Esta acción pública se comenzó a ejecutar el 2016, está dirigida a personas entre 18 y 59 años, en situación de discapacidad y dependencia en cualquier grado, para potenciar su control y toma de decisiones, de tal forma que puedan influir y elegir sobre los aspectos de su vida en igualdad de condiciones. Se basa en un enfoque centrado en la persona, que a través de instrumentos de autoaplicación recogen las necesidades reales de las personas con discapacidad, sus objetivos, tipos e intensidad de apoyos requeridos, así como la elección de quién prestará estas asistencias para desenvolverse de manera efectiva en distintos ámbitos[32].

Los bienes y servicios que provee son:

1) Servicios de apoyo de cuidado y asistencia: son los apoyos que requiere una persona con discapacidad para realizar las actividades de la vida diaria, como por ejemplo alimentarse, vestirse o asearse, de forma más autónoma. Dependiendo de las necesidades y preferencias personales, estos apoyos pueden ser proporcionados a través de un asistente personal o un asistente de traslado, entre otros.

2) Servicios de apoyo de Intermediación: son los apoyos que requiere una persona con discapacidad para participar en el entorno social, laboral, educacional, entre otros. Por ejemplo intérpretes de lengua de señas, intermediadores laborales, asistentes para la educación entre otros[33].

3) Adaptaciones del entorno habitual en el que la persona desarrolla sus actividades. Por ejemplo: ensanchamiento de puertas, construcción de rampas, adaptación de baños, entre otros .

Modelo comunitario de salud mental

Esther Custo sostiene que los criterios de salud y enfermedad, de lo normal y lo anormal es una construcción social, por lo tanto va a depender de la cultura, los escenarios políticos, sociales y económicos y los modos de producción y conocimiento de la sociedad[34] .

La OMS define la salud mental como parte integral de la salud, estando determinada por múltiples factores socioeconómicos, biológicos y medioambientales, tal como se planteó con anterioridad, se sostiene que no hay salud, sin salud mental.

El año 2013, dicha institución lanza el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental para el período 2013-2020. Su objetivo es promover la salud mental, prevenir los trastornos mentales, dispensar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de

32 www.senadis.cl (revisado en mayo 2017).
33 Op. Cit. (revisado en mayo 2017).
34 Custo, Esther (2008): Salud Mental y Ciudadanía. Una Perspectiva desde el trabajo social. Espacio Editorial, Buenos Aires, Argentina.

personas con trastornos mentales. Se basa en cuatro objetivos principales:

1. Reforzar el liderazgo y la gobernanza eficaz en lo concerniente a salud mental;
2. Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de salud mental y asistencia social completos, integrados y adecuados a las necesidades;
3. Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental;
4. Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental.

Este Plan resalta la protección y promoción de los derechos humanos, el fortalecimiento y fomento de la sociedad civil y el papel central de la atención comunitaria. Por medio de él se busca que las personas con trastornos mentales accedan más fácilmente a los servicios de salud mental y bienestar social; reciban tratamiento profesional de calidad en el marco de la atención sanitaria general; participen en la reorganización, prestación y evaluación de servicios, de manera que la atención y el tratamiento respondan mejor a sus necesidades; obtengan mayor acceso a las prestaciones públicas de invalidez y a los programas de vivienda y medios de subsistencia, y participen más activamente en los trabajos, la vida de sus comunidades y los asuntos cívicos [35].

Lo comunitario de acuerdo a la definición de Maritza Montero se ocupa de fenómenos psicosociales producidos en relación a procesos de carácter comunitario, tomando en cuenta el contexto cultural y social en el cual surgen. Concibe a la comunidad como ente dinámico compuesto por agentes activos, actores sociales relacionados constructores de la realidad en que viven. Hace énfasis en las fortalezas y capacidades, no en las carencias y debilidades. Toma en cuenta la relatividad cultural. Incluye la diversidad. Asume las relaciones entre las personas y el medio ambiente en que viven. Tiene una orientación hacia el cambio social dirigido al desarrollo comunitario, a partir de una doble motivación: comunitaria y científica. Incluye una orientación hacia el cambio personal en la interrelación entre individuos y comunidad. Busca que la comunidad tenga el poder y el control sobre los procesos que la afectan. Tiene una condición política en tanto supone formación de ciudadanía y fortalecimiento de la sociedad civil. La acción comunitaria fomenta la participación y se da mediante ella. Es ciencia aplicada. Produce intervenciones sociales. Tiene un carácter predominantemente preventivo. Y a la vez, y por su carácter científico, produce reflexión, critica y teoría[36] .

De este modo, y retomando las palabras de Esther Custo, "la salud mental se asocia a la vivencia de satisfacción tanto material como simbólica, y se evidencia en la construcción de vínculos sanos, creativos y solidarios; en la participación real en las decisiones que afectan la vida cotidiana de los sujetos, en la posibilidad de pertenencia, integración y construcción de sus proyectos. De esta forma, los cuidados de salud mental están en directa relación con como una sociedad concibe y trata a sus integrantes" [37].

En la actualidad la construcción social de la salud mental lleva a la existencia de lazos sociales con un fuerte componente de sufrimiento subjetivo, que deriva en la apatía y el desinterés, los cuales logran ser superados formando comunidad, ejerciendo la ciudadanía y ejercitando los derechos desde el marco de

35 http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/ (revisado en mayo de 2017).

36 Montero, Maritza (2005): Introducción a la Psicología Comunitaria: Desarrollo, conceptos y procesos. Paidós, Buenos Aires, Argentina, página 73.

37 Custo, Esther (2008): Salud Mental y Ciudadanía. Una Perspectiva desde el trabajo social. Espacio Editorial, Buenos Aires, Argentina.

una sociedad solidaria e igualitaria, donde las personas tienen dignidad, libertad y autonomía por el sólo hecho de ser seres humanos.

De ahí que la salud mental comunitaria se esgrima como la estrategia elegida por los países para hacerse cargo de este fenómeno, producto que desde un enfoque centrado en la persona releva el impacto familiar, social y cultural que sobreviene en las personas con discapacidad mental severa, todo lo cual es posible de ser revertido por medio de la inclusión social y la generación de condiciones que permitan el acceso pleno al ejercicio de los derechos y el bienestar socioemocional.

En la misma línea, el equipo de la Comunidad Terapéutica de Peñalolén ha adaptado este enfoque en su quehacer cotidiano, asumiendo los cuidados continuos como una estrategia integral que aborda el ciclo de vida de la persona y su situación biológica, psicológica, familiar, social, laboral y educativa.

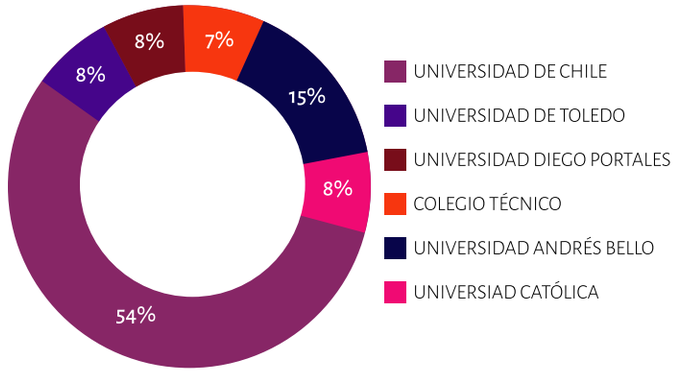
Así, los colectivos, en el marco del Programa de Apoyo para la Autonomía, son la acción específica para concretar la construcción de vínculos, la participación y el ejercicio de la autonomía, en un proceso que busca integrar el abordaje individual y colectivo de la salud física y mental.

III. EQUIPO DE TRABAJO COMUNIDAD TERAPÉUTICA

La Comunidad Terapéutica comenzó su funcionamiento el año 1988 a partir de un diagnóstico que mostró las falencias en la atención de las personas con problemas graves de salud mental y en situación de discapacidad de causa psíquica existentes en el territorio. En la actualidad, el equipo de trabajo de la Comunidad está compuesto por trece profesionales, cinco son terapeutas ocupacionales, tres psicólogas, cuatro talleristas, una secretaria que apoya en la administración y gestión, más una contadora. El equipo está conformado mayoritariamente por mujeres. Si se observan las horas de trabajo semanal según función, se tiene que la Comunidad cuenta con 80 horas semanales de terapeutas ocupacionales, 70 horas de psicólogas, 44 horas de la secretaria administrativa, 18 horas de talleristas y 3 horas a la semana de la contadora.

En relación a las profesionales, el 31% estudió dos carreras universitarias, las cuales están relacionadas con la filosofía, la pedagogía y las bellas artes. El 54% egresó de la Universidad de Chile. En este sentido, el 67% se tituló en instituciones educacionales pertenecientes al Consejo de Rectores y 33% en universidades privadas.

Gráfico N°1 *Instituciones Educacionales donde se formó el Equipo profesional*



46% de los profesionales ha realizado diplomados en distintas áreas, entre las que se encuentran las diferentes teorías psicológicas, la filosofía, estética y terapias artísticas y desarrollo personal. Dentro de las teorías psicológicas, es el psicoanálisis el espacio de especialización más elegido.

De las trece profesionales, cinco realizaron o están realizando estudios de magíster en las disciplinas de terapia ocupacional mención intervenciones psicosociales y/o psicología clínica en adultos. Seis profesionales han realizado pasantías internacionales, cuatro en Francia, una en Estados Unidos y una en Suecia.

En lo relativo a la experiencia de trabajo, el promedio entre las integrantes del equipo alcanza los 17 años. La trayectoria más larga son 44 años de trabajo y la menor un año. Específicamente para el area de salud mental, los años de experiencia promedio son trece. Las áreas de experiencia son la intervención familiar y social, el trabajo con niños, niñas y jóvenes, la psicoeducación y el Gráfico N° 1 Instituciones Educacionales donde se formó el Equipo profesional

IV. MODOS DE TRABAJAR: UN MODELO EN CONSTRUCCIÓN PARA AVANZAR COLECTIVAMENTE EN PROYECTOS DE VIDA CON BASE EN LA AUTONOMÍA

Para levantar información relativa a las condiciones en que se desarrollan los procesos hacia una vida independiente, desde la ética de los derechos humanos y la autonomía, se utilizaron técnicas cuantitativas y cualitativas.

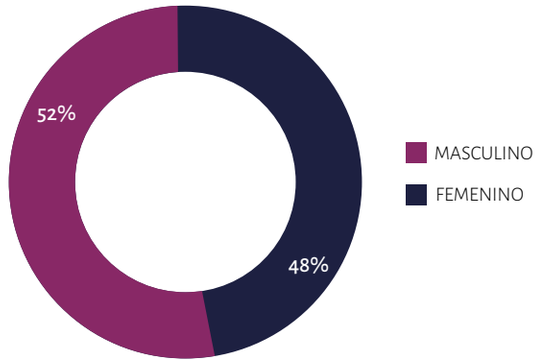
En este marco, a partir de la utilización de dos instrumentos cuantitativos se generó una caracterización de los consultantes de la Comunidad Terapéutica de Peñalolén. El primero correspondió a una ficha que fue llenada por las profesionales de la Comunidad, con el fin de establecer el perfil de cada consultante. El segundo instrumento utilizado fue una encuesta de evaluación relativa al ejercicio de la autonomía y la autovalencia en la vida cotidiana y de satisfacción usuaria en torno al Programa de Tránsito hacia la vida independiente, la cual fue aplicada por el equipo directamente a los consultantes.
Asimismo, las técnicas cualitativas utilizadas, específicamente entrevistas en profundidad y grupos focales, permitieron recabar y conocer las percepciones y opiniones de los diferentes actores relevantes para este proceso de sistematización: consultantes, equipo profesional, familiares de consultantes y profesionales de organizaciones de las redes de trabajo.

Características de los y las consultantes

Tal como se planteó anteriormente, en conjunto con el equipo de CORDES se realizó una caracterización de los y las consultantes que participan en la Comunidad Terapéutica de Peñalolén, completándose un total de 46 fichas. Del mismo modo, se aplicó una encuesta de evaluación y satisfacción de usuarios a 18 consultantes de la comunidad. Ambos instrumentos fueron complementarios, aportando distintos datos relevantes.

La distribución por sexo observada en las fichas muestra que hay una leve predominancia de consultantes hombres, los que representan el 52% del total, mientras que las mujeres alcanzan el 48% restante.

Gráfico N°2. *Sexo de los consultantes*



Respecto a la edad, la edad mínima de los consultantes es 15 años y la máxima es de 64 años. El promedio de edad es de 36,6 años.

Se destaca el hecho que más de un tercio de los consultantes (34,8%) corresponde a personas menores de 30 años, el 41,3% a personas de 31 a 45 años, mientras que el 23,9% son personas que están en el rango de 46 a 60 años.

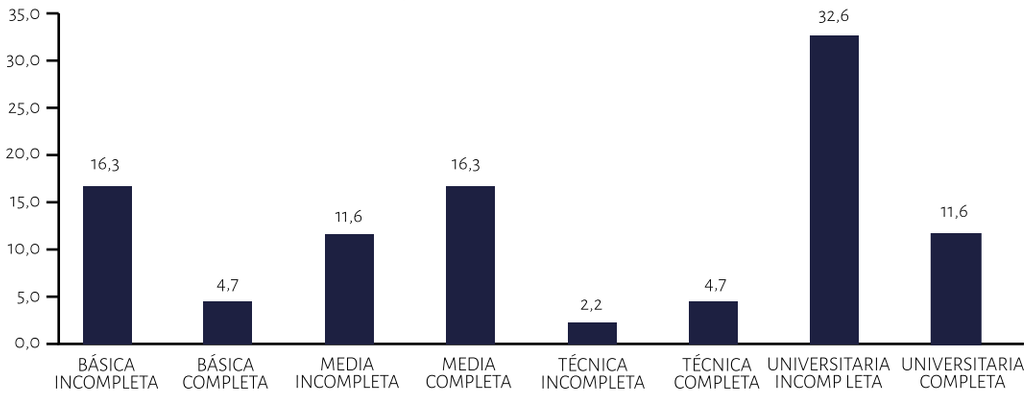
Tabla N°1. *Edad consultantes*

EDAD	FECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
15 A 30 AÑOS	16	34,8	34,8
31 A 45 AÑOS	19	41,3	73,1
46 A 60 AÑOS	11	23,9	100
TOTAL	42	100	

Respecto al nivel educacional de los y las consultantes, el principal grupo corresponde a aquellas personas que tienen enseñanza universitaria incompleta, quienes alcanzan el 32,6% del total. Un 16,3% tiene enseñanza media completa, mientras que el mismo porcentaje tiene básica incompleta.

Un 11,6% tiene media incompleta, al igual que universitaria completa. Por su parte, hay dos categorías que tienen un 4,7% cada una: básica completa y técnica completa. Finamente, un 2,3% tiene educación técnica incompleta.

Gráfico N°3. *Nivel educacional*



Respecto a los tiempos de permanencia en la comunidad, el mayor grupo de la muestra está compuesto por personas que llevan 6 o más años, con un 38,8%. Existen 5 casos (27,8%) que llevan menos de 1 año y la misma cifra para las personas que llevan entre 3 y 6 años. Se registró 1 caso (5,6%) que tiene un tiempo de permanencia entre 1 y 3 años en la comunidad.

Tabla N°2. *Tiempo de permanencia de consultantes en Comunidad*

TIEMPO DE PERMANENCIA EN COMUNIDAD	FECUENCIA	PORCENTAJE
MENOS DE 1 AÑO	5	27,8
ENTRE 1 AÑO Y MENOS DE 3 AÑOS	1	5,6
ENTRE 3 AÑOS Y MENOS DE 6 AÑOS	5	27,8
6 AÑOS Y MÁS	7	38,8
TOTAL	18	100

En relación a la intensidad de la participación semanal de los consultantes, el segmento más numeroso corresponde a quienes participan 2 y 3 días a la semana en la comunidad, con un 27,8% cada uno. Un 16,7% participa 4 veces por semana y la misma cifra es para quienes asisten 1 vez a la semana. Asimismo, un 11,2% de los encuestados indicó asistir 1 o 2 veces al mes.

Tabla N°3. *Frecuencia semanal de participación en la comunidad*

DÍAS POR SEMANA QUE PARTICIPA EN LA COMUNIDAD	FECUENCIA	PORCENTAJE
1 O 2 VECES POR SEMANA	2	11,2
1 VEZ POR SEMANA	3	16,7
2 VECES POR SEMANA	5	27,8
3 VECES POR SEMANA	5	27,8
4 VECES POR SEMANA	3	16,7
TOTAL	18	100

Contextos individuales, familiares y sociales

Entre los consultantes se observa una gran heterogeneidad, la cual está dada por los niveles de compromiso de la enfermedad, la educación, los apoyos y/o abandonos familiares, la conciencia de enfermedad, las relaciones sociales, entre otros. Pese a ello, es importante señalar que para todos los consultantes el equipo profesional de CORDES ha sido un apoyo y les ha permitido desarrollar sus habilidades y alcanzar mayores grados de autonomía.

> *"No, yo he aprendido a valerme por mi misma, yo he aprendido a agradecerles porque me hacen valorizarme como persona, y también me ayudan mucho cuando yo estoy afligida".*
> *Consultante*

"Sí po', hartos, o sea, a mí me costaba hacer cosas, así como en general, y comprar una moto usada habría sido imposible antes, entonces el gallo que conocí, el profesor que me enseñó a andar, yo le dije un día ¿oye, me puedes acompañar a buscar una moto para comprarla? Y ahí fuimos, y lo pude hacer, o sea, puedo hacer muchas cosas que antes no podía hacer. La comunidad fue muy importante en eso".
Consultante

Dentro de los contextos individuales, se observa que existen consultantes que declaran que su autoexigencia les ha permitido cumplir con sus metas. En ese sentido, están también aquellos que hacen consciente la necesidad de ayuda en las actividades de la vida cotidiana.

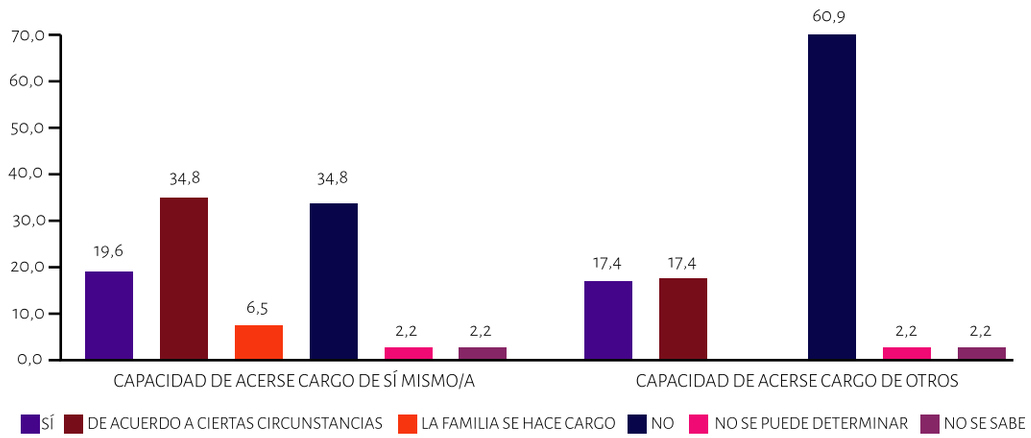
"Sí, sí muy autoexigente puede ser, no sé, pero ahora estoy contento, o sea, de repente pienso, tengo trabajo, posiblemente logre irme a vivir solo luego, si trabajo más van a entrar más lucas, igual es estresante el trabajo, o sea, vuelvo a la casa a las seis y media en moto y me encuentro en Bilbao así como en un taco y, o en Providencia, el otro día estaba en el puente Loreto como a las siete, oscuro, en invierno, fue el año pasado, y dije "chuta, cómo estás aquí en moto, o sea, rodeado de autos para todos lados y estoy atravesado" pero lo hago y después pienso me encanta andar en moto, y ha sido súper buena la experiencia de la moto, y conseguir trabajo ha sido bueno".
Consultante

"Yo, señorita, sobre todo cuando me toca control, o tengo que ir a buscar mis remedios tengo que ir acompañado con alguien, tiene que ayudarme alguien no puedo hacerlo solo, eso".
Consultante

Respecto a la capacidad de hacerse cargo de sí mismo/a, un 34,8% de los consultantes no tiene esa capacidad. El mismo porcentaje corresponde a aquellas personas que se pueden hacer cargo de sí mismo/a de acuerdo a ciertas circunstancias. Un 19,6% sí cuenta con esta capacidad, mientras que en un 6,5% de los casos la familia se hace cargo del consultante.

En la misma línea pero respecto a la capacidad de los consultantes de hacerse cargo de otros, un 60,9% no posee esa capacidad. Un 17,4% sí se podría hacer cargo de otros y el mismo porcentaje lo podría hacer de acuerdo a ciertas circunstancias.

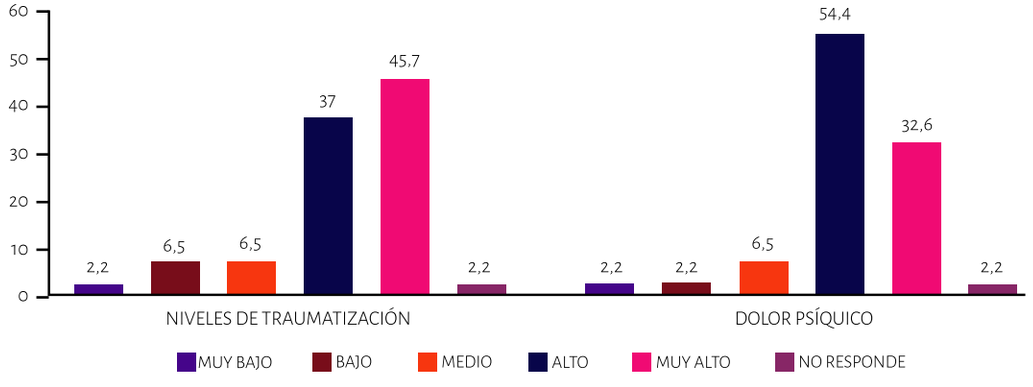
Gráfico N°4. *Capacidad de hacerse cargo de sí mismo/a y de otros*



Desde una perspectiva más personal, relativa al nivel de traumatización existente en los consultantes, se observa que un 45,7% presenta niveles muy altos y un 37% un nivel alto. Un 6,5% fue clasificado con un nivel medio de traumatización, el mismo porcentaje con un nivel bajo y un 2,2% presentó un nivel muy bajo.

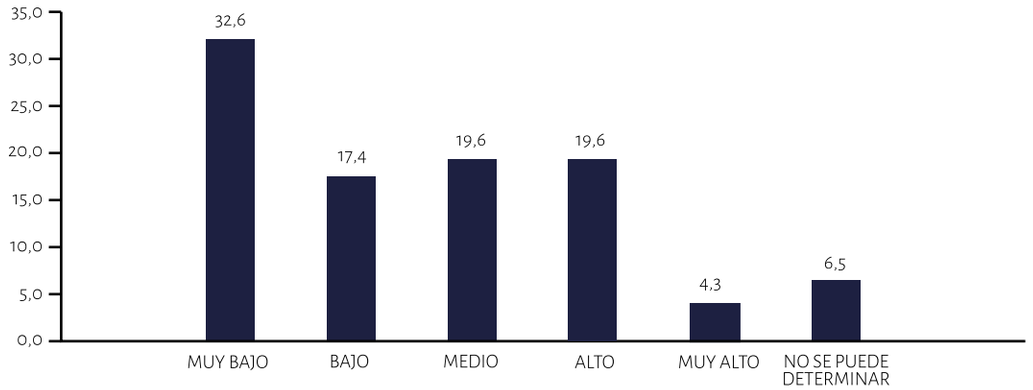
En relación al dolor psíquico, un 54,4% presentó un nivel alto, mientras que el 32,6% un nivel muy alto. El 6,5% declara un nivel de dolor psíquico medio y un 2,2% tiene niveles bajos y muy bajos.

Gráfico N°5. *Niveles de traumatización y dolor psíquico*



Respecto a los niveles de instrospección que presentan los consultantes, un 32,6% entra en la categoría de muy bajo y un 17,4% bajo; un 19,6% posee un nivel medio, mismo porcentaje que se presenta para el nivel alto. Un 4,3% posee un nivel de instrospección muy alto, mientras que en el 6,5% de los casos no se puede determinar.

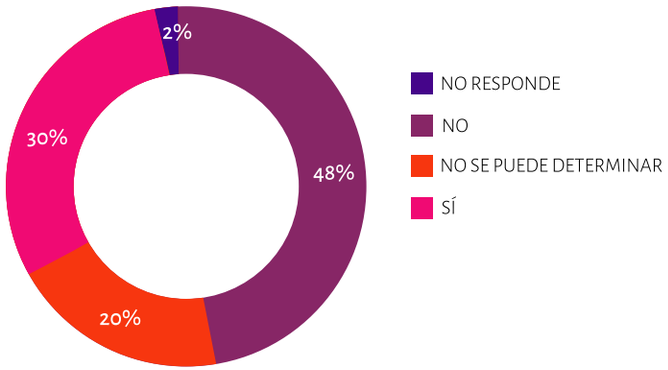
Gráfico N° 6. *Niveles introspección consultantes*



En cuanto a la presencia de intentos de suicidio, casi la mitad de los consultantes (48%) no los presenta, mientras que el 30% sí. Hay un 20% de casos que no se pueden determinar y un 2% no responde ante la consulta.

Dentro de quienes sí registran intentos de suicidio, existen cinco casos que lo hicieron en una oportunidad, un caso que presenta dos intentos y un caso que registra tres intentos de suicidio.

Gráfico N°7. *Intentos de suicidio*



A pesar de que no existe una correlación propiamente tal, es posible sostener que dentro de quienes reconocen haber tenido intentos de suicidio, hay una predominancia de personas que cuentan con estudios universitarios, completos e incompletos, representando a más de dos tercios de este grupo de personas. Esto supondría que un mayor nivel de educación, redunda en una mayor probabilidad de generar intentos de suicidios.

Pese a lo anterior, los niveles de conciencia en referencia a la enfermedad son variables. En este sentido, tampoco es posible establecer relaciones entre la conciencia de enfermedad familiar y la de los consultantes.

> *"No, sí es consciente. Lo otro que tenía que yo después le empecé a preguntar, es que tenía alucinaciones auditivas. Ahí me explicó una vez porque él no podía estudiar, porque no se podía concentrar. Ahí yo entendí todo, no es que él, él es inteligente".*
> *Familiar*

> *"Imagínate, la cantidad de años y todavía no hay conciencia en la familia de que el chiquillo tiene una enfermedad y que es parte de también".*
> *Profesional redes institucionales*

> *"En mi caso, es por la cuestión de la parte afectiva más que nada. Pero yo he estado sin medicamentos y me he sentido mucho mejor, duermo menos, estoy más lúcido, eso".*
> *Consultante*

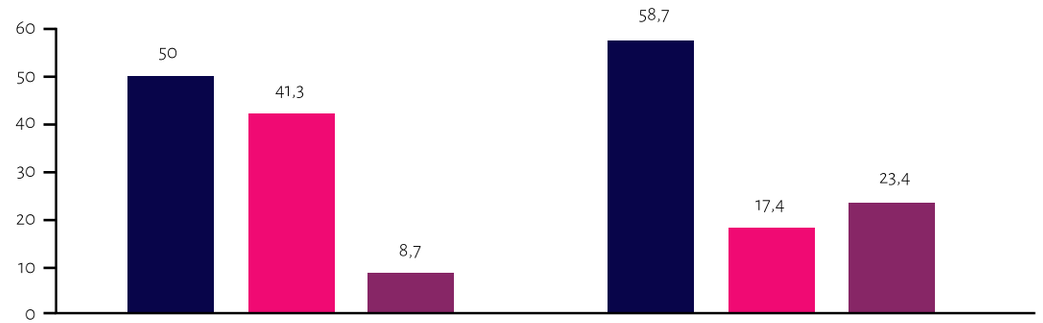
> *"No, yo pienso que yo necesito mis remedios. Porque si yo no tomara mis remedios yo me voy a enfermar, y lo que yo no quiero es pasar el mismo dolor que sufrieron mi familia por mí, no quiero eso entonces yo sé que los remedios la tienen tonta a uno, la tienen como sea pero yo sé que si no tomo los remedios voy a joder de nuevo, por eso es que yo llegué a siquiatría porque necesito los remedios".*
> *Consultante*

> *"A mí me ha dicho gente profesional que no tengo esta enfermedad, me lo han dicho "no, tú no tienes esto", yo siempre lo he tenido claro pero..."*
> *Consultante*

Al respecto, los datos cuantitativos dan cuenta que que la mitad de los consultantes poseen conciencia clara respecto de la enfermedad, un 41,3% no posee conciencia y el 8,7% restante no se puede determinar.

Respecto a las familias de los consultantes, un 58,7% sí posee conciencia de la enfermedad, un 17,4% no y el 23,9% restante no se puede determinar.

Gráfico N° 8. *Conciencia de enfermedad de consultante y familia*



En relación a las variables familiares, los contextos también se observaron como disímiles. Están las familias apoyadoras, las negadoras, las ausentes y aquellas que causan daño, debido a que impiden el desarrollo de la persona con discapacidad. En este sentido, el equipo profesional de CORDES y las redes institucionales, señalan que el rol que juegan éstas es fundamental muchas veces en la rehabilitación de los consultantes.

> *"Bueno, contexto familiar la verdad que son gente muy o con familias muy, demasiado, desde sobreprotectora hasta que son cero apoyo. O sea, que no hay conciencia de enfermedad, donde hay que partir desde cero".*
> *Profesional redes institucionales*

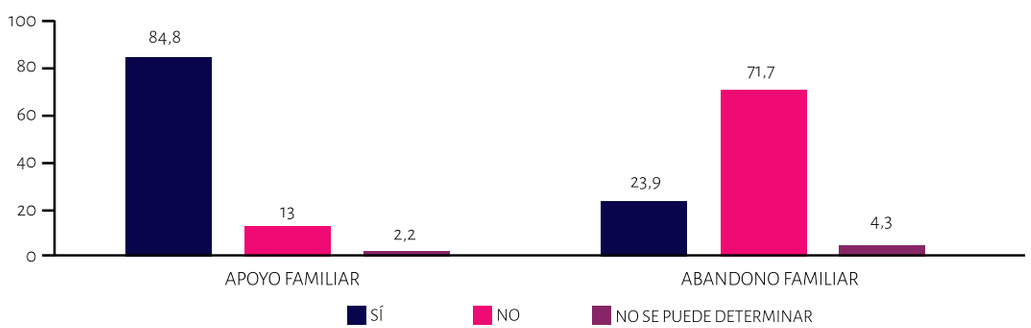
> *"Yo creo que es vital siempre, en todo caso, trabajar con la familia, pero también, a veces, de repente te topas con una muralla que ya no entró nada, ya no hay más posibilidades. O sea, con el papá sentimos como que perdimos la batalla, te estoy hablando por lo menos de que llevamos 10 años".*
> *Profesional redes institucionales*

> *"Contentos, ellos (en referencia a la familia) se han dado cuenta que estos años, desde los últimos años desde que estoy en la comunidad, ellos sienten como que ahora ha servido el tratamiento, o sea, que ahora estoy logrando las cosas que ellos también supongo que esperaban de mí, que yo saliera, que empezara a hacer mi vida propia y que ellos también quieren que yo viva solo y que me independice, entonces están contentos. Están muy contentos con lo que yo he hecho, y con lo que hemos hecho en conjunto con la comunidad".*
> *Consultante*

"Claro, o el derecho de hacer cuarto medio, hoy día pasó un usuario que quería hacer el cuarto medio, y habló con la hermana, y la hermana le dijo "no, tú no puedes terminarlo, tú no puedes". Entonces también hay todo un proyecto que se había armado, se había trabajado durante un año, se desvanece y se cae antes de partir". Profesional de la comunidad terapéutica

En este marco, un 84,8% de los consultantes cuenta con apoyo familiar, un 13% no y un 2,2% no se puede determinar. En contrapartida, el 71,7% no presenta abandono familiar, el 23,9% sí y un 4,3% no se puede determinar.

Gráfico N°9. *Apoyo y abandono familiar*



A pesar de que la mayoría declara contar con apoyo familiar, se constató que una necesidad importante de las personas que participaron de este estudio es el vivir solos. Las personas consultantes buscan ser independientes, armar su propio hogar y escindirse de sus familias. Lo anterior, ya sea porque sienten que cumplieron ciertos procesos o porque tienen conflictos con su entorno próximo. La comunidad colabora con ello por medio de la configuración de tareas domésticas en el propio espacio. Cada consultante debe barrer, ordenar, cocinar, limpiar, formándose hábitos que les servirán para potenciar sus deseos de independencia.

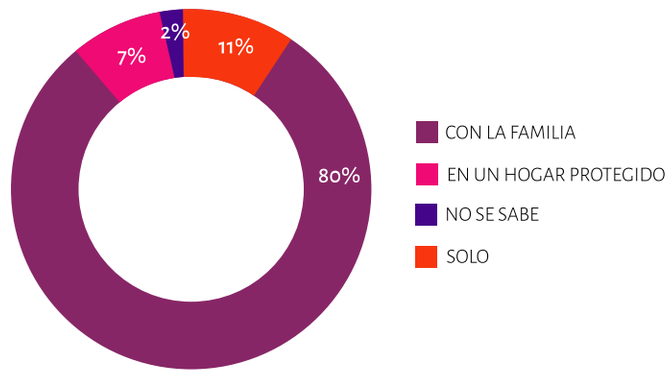
"Eh, las relaciones de repente se ponen densas, o sea, es difícil. Yo tengo 41 años y vivo con mis papás, cachai, tengo otra hermana que es adulta y se producen conflictos, que es natural, cuatro adultos distintos viviendo en una casa y tú eres, y son tus papás y tú no puedes hacer lo que quieres tampoco, es complicado. Es uno de los factores por los que quiero vivir solo, y otro es porque tiene que ser así, no vas a vivir siempre con los papás". Consultante

"Si po, si, si, si entré ahí por la ultima internación 2007, estuve ocho meses en Avenida la Paz, ahí supe de los hogares protegidos, recuerdo que me pasaron un papelito, me pasaron un papel y yo dije que quería estar en un hogar no importa lo caro que fuera, ya lo único que quería era irme de la casa". Consultante

"Yo igual, aprendí a lavar la loza, aprendí a limpiar la cocina". Consultante
"Yo estuve en el taller de cocina del año que pasó, ahí aprendí a hacer algunas cosas que yo no tenía idea como se hacían. Sí po', hacer cosas de repente, picar la cebolla, la zanahoria en la ralladora ahí, las ensaladas, pelar las papás, y esas cosas de mujer no tenía idea, así que bienvenido sea". Consultante

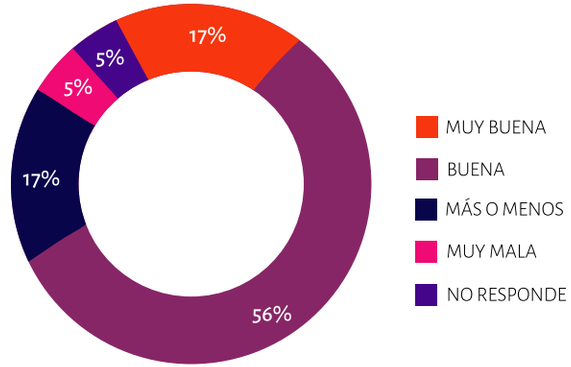
Los datos relativos a con quiénes viven los consultantes indican que el 80% vive con su familia, el 11% vive solo, un 7% en un hogar protegido y un 2% no se sabe con certeza.

Gráfico N°10. *Con quién vive el/la consultante*



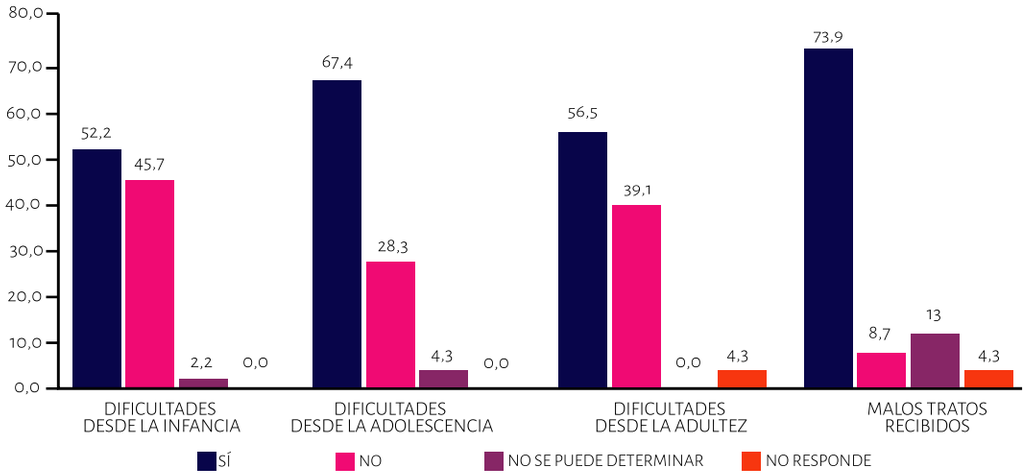
Al ser consultados sobre cómo evalúan la relación con su familia, el 56% la califica como buena, el 17% como muy buena y el mismo porcentaje como más o menos. Hay un 5% que dice que su relación es muy mala y el mismo porcentaje no respondió a la pregunta.

Gráfico N°11. *Relación con la familia*



Otro aspecto relevante tiene que ver con las dificultades enfrentadas en las diferentes etapas de la vida y los malos tratos recibidos. Un 52,2% de los consultantes presenta dificultades desde la infancia, un 67,4% presenta dificultades desde la adolescencia y un 56,5% tiene dificultades desde la adultez.

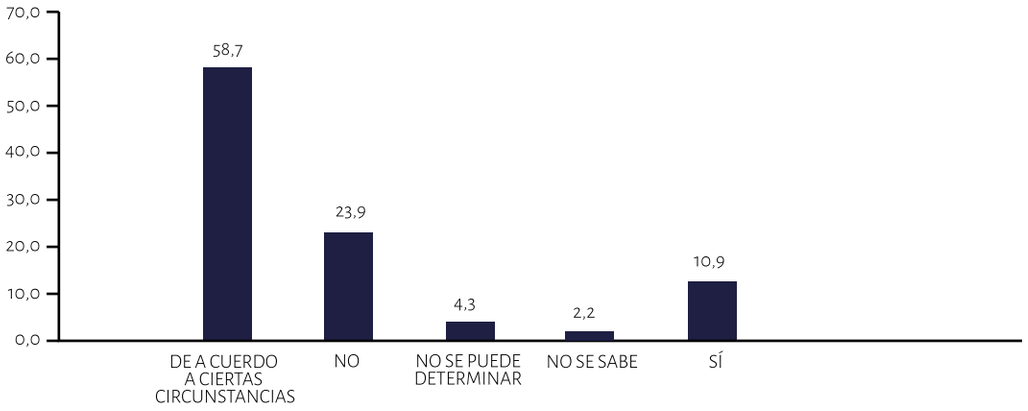
Gráfico N°12. *Dificultades y malos tratos*



El 73,9% de los consultantes ha recibido malos tratos, los que en general vienen desde el entorno escolar (hostigamiento), de las instituciones del sistema de salud y de las mismas familias.

En relación a la presencia de herramientas familiares para afrontar la condición de los consultantes, se estima que las familias del 58,7% de los consultantes posee herramientas de acuerdo a ciertas circunstancias y que el 23,9% no las posee. Por su parte, el 10,9% sí poseería estas herramientas, en un 4,3% de los casos no se puede determinar y en un 2,2% no se sabe.

Gráfico N°13. *Presencia de herramientas familiares para afrontar la condición de los consultantes*



Al ser consultados sobre la existencia de imposiciones familiares, un 95,7% de los consultantes no responde la pregunta y el 4,3% lo hace afirmativamente.

El contexto social de los consultantes es en general reducido y acotado a sus relaciones con la familia y con los miembros de la comunidad. Se plantea que se unen en la enfermedad, pero que también se aíslan de quienes no están en sus mismas condiciones.

> *"En mi casa los únicos amigos son mi familia, pero tengo amigos en la comunidad, como todavía estoy en la comunidad tengo amigos que son mis compañeros usuarios, y en la amasandería también tengo amigos ahí, sí".*
> *Consultante*

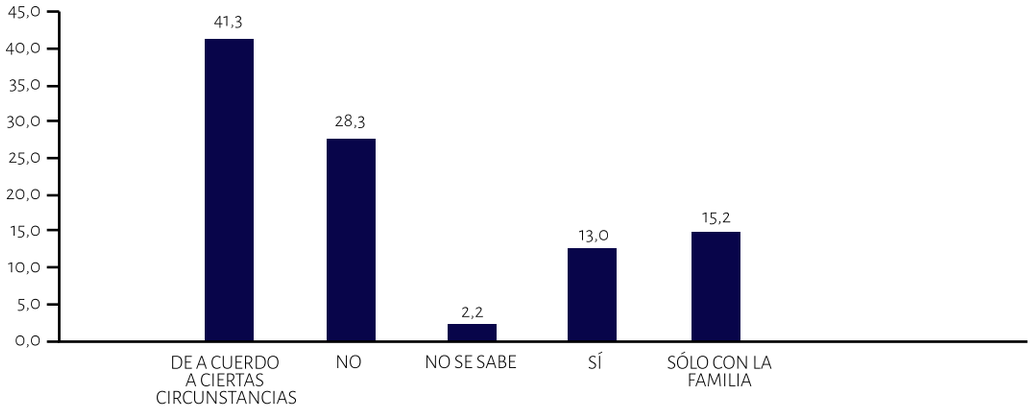
> *"Aquí en la comunidad tengo amigos".*
> *Consultante*

> *"El proceso, el proceso ha sido más unión, como más unión porque cuando uno tiene problemas, uno de todos nosotros, los abarca a todos nosotros, porque todos sufrimos distinto, tenemos distintas enfermedades pero todas mental, todas son las mismas enfermedades, distintas maneras pero de forma distinta, porque aquí han llegado personas muy mal de la cabeza, y nosotros ante eso nos unimos no nos arrancamos de eso".*
> *Consultante*

> *"Eh, no tengo muchos amigos, o sea, lo que pasa es que estuve harto tiempo aislado, o sea, fui como perdiendo amigos, o sea, yo vivía en Chillán, quedé en la universidad, el último año que estuve en la universidad, o sea, deje la universidad porque empecé con los síntomas de la enfermedad y me complicaban mucho, y el segundo año me vine con mi familia a Santiago".*
> *Consultante*

En lo relativo a las actividades sociales entre los consultantes, un 13% sí las realiza, el 41,3% las desarrolla bajo ciertas circunstancias que deben ser favorables. Un 28,3% no realiza actividades sociales, mientras que un 15,2% sólo las realiza con su familia. En un 2,2% de los casos no es posible conocer esta información con certeza.

Gráfico N°14. *Actividad social de los consultantes*



Por otra parte, la encuesta incluyó una pregunta con un módulo completo de actividades en las cuales los consultantes debían señalar si sienten que necesitan apoyo para llevarlas a cabo, ya sea siempre o a veces, las que se detallan a continuación:

Tabla 4. *Actividades en que refieren necesitar apoyo para realizarlas*

SALIR DE CASA SOLO	IR AL MÉDICO
PARTICIPAR EN ACTIVIDADES CIUDADANAS	PARTICIPAR EN ACTIVIDADES CULTURALES
PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	PARTICIPAR EN ACTIVIDADES CULTURALES
TOMAR MEDICAMENTOS	PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DEPORTIVAS
ASISTIR A LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA	ORGANIZAR EL DÍA
COMPRAR	MANEJAR DINERO
TRABAJAR	ESTUDIAR
VIAJAR FUERA Y DENTRO DE SANTIAGO	USAR TRANSPORTE PÚBLICO

De este modo un 33,3% de los encuestados señaló que necesita apoyo para realizar entre 4 y 9 actividades, de un total de 17 consultadas. El mismo porcentaje necesita apoyo para realizar entre 10 y 14 actividades, mientras que el 16,7% necesita esta ayuda en 15 o más actividades. Hay un 11,1% que sólo necesita apoyo entre 1 y 3 actividades en tanto hay una persona (5,6%) que declaró no necesitar apoyo para realizar ninguna actividad de las consultadas.

Tabla N°5*. Cantidad de actividades en las que necesita apoyo para llevarlas a cabo*

CANTIDAD DE ACTIVIDADES EN LAS QUE NECESITA APOYO	FECUENCIA	PORCENTAJE
15 O MÁS	3	16,7
ENTRE 10 Y 14	6	33,3
ENTRE 4 Y 9	6	33,3
ENTRE 1 Y 3	2	11,1
NINGUNA	1	5,6
TOTAL	18	100

En esta misma línea, se indagó sobre quiénes han recibido apoyo de intermediación en 5 actividades de inclusión social (inscripción en registro nacional de discapacidad, empleo, participación en actividades sociales y/o culturales, inscripción en la Oficina Municipal de Intermediación Laboral (OMIL)). Los datos

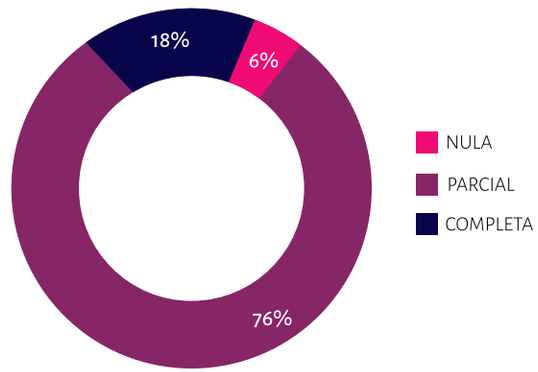
señalan que todos los encuestados recibieron apoyo de intermediación en al menos una actividad. El 33,3% lo hizo en una ocasión, el 27,8% en cuatro, el 22,2% en tres, el 11,1% en dos y el 5,6% en las cinco actividades consultadas.

Tabla N°6. *Cantidad de actividades en las que recibió apoyo de intermediación*

CANTIDAD DE ACTIVIDADES EN LAS QUE RECIBIÓ APOYO DE INTERMEDIACIÓN	FECUENCIA	PORCENTAJE
CINCO	1	5,6
CUATRO	5	27,8
TRES	4	22,2
DOS	2	11,1
UNA	6	33,3
TOTAL	18	100

En relación a la participación social, la encuesta consultó sobre la participación en los últimos 6 meses en actividades sociales con personas diferentes a la familia, en actividades culturales, y en los diferentes colectivos que existen en la comunidad (laboral, habitar, salud, protección solar, participación comunitaria, vivienda, educación/capacitación). A partir de estas preguntas se construyó un índice de participación social, donde se establecieron 3 categorías: nula, parcial (entre 1 y 6 actividades) y total (7 o más actividades). La mayor parte de los encuestados, un 76%, presenta un nivel parcial de participación social, mientras que el 18% alcanza el nivel completo. Hay un 6% de personas que no tiene ningún tipo de participación durante el último semestre.

Gráfico N°15. *Participación en actividades sociales*



Enfoque de derechos: Derechos económicos, sociales y culturales

La literatura da cuenta que las personas con discapacidad han sido vulneradas en sus derechos, cuestión que se ve agudizada para la población con discapacidad mental o psiquiátrica. Es por ello que una de las áreas de trabajo que se ha fortalecido en la Comunidad Terapéutica CORDES, es precisamente el ejercicio del enfoque de derechos, de tal forma que los consultantes puedan acceder a salud, trabajo, vivienda, educación, buenos tratos, entre otros. Pese a ello, uno de los primeros temas de conversación que surge en el encuentro con los consultantes y los profesionales es la discriminación de la cual son parte.

> *"Pero uno se da cuenta lo difícil que es para una persona con discapacidad más o menos severa, lo difícil que es incorporarse al mundo normal, por llamarlo así, en cuanto a trabajo en cuanto a muchas situaciones, desde que te miran raro, o que hasta el apelativo de loco porque cualquier cosa que tiene que ver con la salud mental, es cómo estás loco para las personas, cachai. Entonces eso es súper complicado, a mí en lo personal no me ha tocado una situación de discriminación personalmente, cachai, pero me doy cuenta que toda la gente tiene, o sea, la mayoría de la gente tiene muchos prejuicios con respecto a una persona con alguna enfermedad mental".*
> *Consultante*

> *"El otro día fui a un cierto lado y por tener, a mí se me olvidaron los papeles, por tener discapacidad me trataron como, así como eh, por ser me trataron bien, pero así como, no como de, me trataron así como de, por lesa, porque se me olvidaron los papeles no más ya cambió el trato, pero me trataron bien sí, pero no el mismo..."*
> *Consultante*

> *"Ahí está la estigmatización, o sea, yo creo que es importante lo que tú mencionas, yo nunca olvido cuando el primer grupo de vivienda, respecto al derecho empieza el usuario a ir a las reuniones de vecinos, y los sin casa, había un comité de los sin casa y a dos los sacaron, o sea, los estigmatizaron y les dijeron "ustedes no pueden participar", más o menos, no recuerdo exactamente cómo fue la actitud pero fueron expulsados".*
> *Profesional de la Comunidad terapéutica*

> *"Como te decía, la sociedad tiene que tomar más en cuenta los problemas de salud mental, o sea, como que la gente siempre se queja de la discapacidad física, pero como que la discapacidad mental no se roma tan en serio, eso no sé es un tema tabú o no sé, o algo así".*
> *Consultante*

En el área laboral las personas entrevistadas declaran en su mayoría que realizan trabajos de baja calificación, recibiendo una menor remuneración que una persona sin discapacidad. Plantean además que no es un proceso fácil, existiendo siempre un apoyo de otra persona, ya sea desde la comunidad, la familia o quien les da el empleo. A su vez trabajan en jornadas especiales, generalmente más cortas, o a partir de emprendimientos, realizando distintos oficios tales como jardinero u orfebre. Pese a lo anterior, el estar trabajando siempre es mirado como un logro personal y un cambio de estadio hacia la superación y el autodesarrollo.

> *"Le cuesta, tuvo varios trabajos. Estuvo trabajando en el Jumbo de acá, en un área de las verduras, pesando verduras, atendiendo gente. Estuvo de cajero, no le gustaba mucho de cajero. Después estuvo en una parte de los pescados, yo decía que él nunca tomó nada en la cocina, ¡los pescados! Después se aburrió, después lo cambiaron y ya no quiso seguir más, le pagaron todas las cosas. Después postuló al Homecenter y duró uno o dos días y no le gustó. Después fue a trabajar lavando loza allá en Quilín, en el mall Quilín, duró un día".*
> *Familiar*

> *"Es que yo trabajo con mi papá, nos levantamos a las cuatro y media de la mañana, y vamos a vender pan a Las Condes, repartimos el pan en Las Condes, y me agota el trabajo".*
> *Consultante*

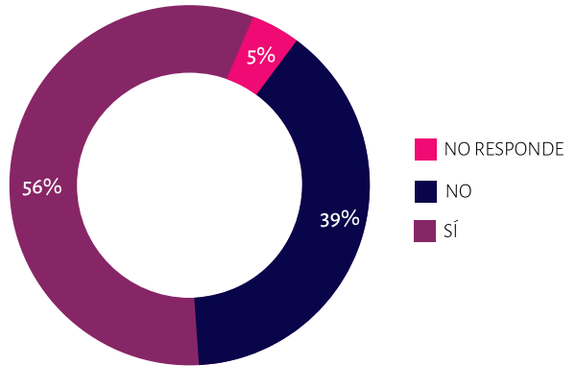
> *"Porque yo, a mi me ofrecieron trabajar ahí, pero yo sé lo que valgo para no trabajar tan poco, para que me paguen tan poco, porque está bien, yo sé que tengo dificultades mentales, yo sé que estoy mal, pero yo también sé valorizar el trabajo, lo que valgo yo".*
> *Consultante*

> *"Fue primero bueno, fue con el auspicio del tío que me regalaron la plata, bueno pero fue aprender a andar en moto, sacar licencia, ir a ver motos, comprarla, varios procesos que, o sea, yo antes nada, o sea, me hubiera parecido imposible que "oye tú, en tres años más vas a andar trabajando en moto", cachai, era como muy extraño, y he ido logrando todo eso y relacionándome a raíz de eso con las demás personas, o sea, no profundamente con todas pero conoces gente en las actividades que tú haces a diario, y eso ha sido, gracias".*
> *Consultante*

> *"Me reconocieron un emprendimiento que yo tenía de orfebrería, pero se agradece porque cualquier persona no hace eso, refuerzan lo positivo de las personas, eso".*
> *Consultante*

Cuantitativamente, el 56% de los encuestados sí ha trabajado, ya sea de manera parcial o total, durante los últimos 6 meses. El 39% no lo ha hecho y hubo 1 caso que no respondió a la pregunta.

Gráfico N°16. *¿Ha trabajado parcial o totalmente en los últimos 6 meses?*



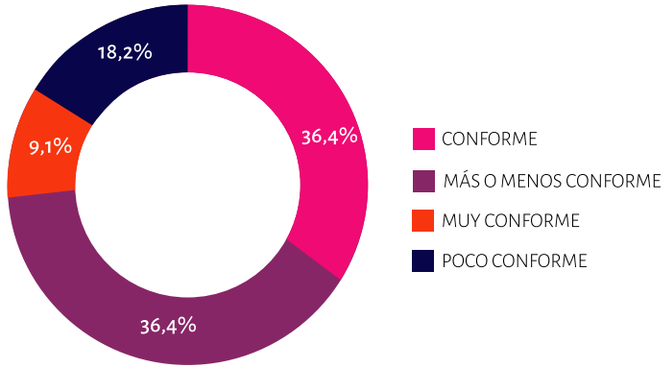
De las personas que señalaron haber trabajado en los últimos 6 meses, un tercio poseería empleos recientes, de 2 meses o menos de antigüedad. 4 personas señalaron tener entre 2 y 5 años trabajando, mientras que 2 casos tienen entre 6 y 10 años.

Tabla 7. *Tiempo trabajado*

TIEMPO TRABAJADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2 MESES O MENOS	3	33,3
2 A 5 AÑOS	4	44,4
6 A 10 AÑOS	2	22,3
TOTAL	9	100

Respecto a cuán conforme se encuentra o se encontró con su trabajo, un 36% se declara conforme y la misma cifra más o menos conforme. El 18% se inclinó por la opción poco conforme y el 9% restante se declaró muy conforme.

Gráfico N°17. *¿Cuán conforme está / estuvo con su trabajo?*



Entre las personas que participaron de la encuesta, el 55,6% declaró recibir una pensión y el 16,7% una remuneración. Un 11,1% recibe ambas, pensión y remuneración, y el mismo porcentaje no recibe ninguna de las dos fuentes de ingresos.

Tabla N°8. *¿Recibe alguna pensión o remuneración?*

PENSIÓN O REMUNERACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO RECIBE NI PENSIÓN NI REMUNERACIÓN	2	11,1
PENSIÓN	10	55,6
PENSIÓN Y REMUNERACIÓN	2	11,1

REMUNERACIÓN	3	16,7
NO RESPONDE	1	5,6
TOTAL	18	100

En relación al derecho a la educación, se observa que es un tema relevante, pero que existen factores que muchas veces impiden sobrellevar los procesos adecuadamente. A su vez, se relatan experiencias de asistir a la Universidad, sin poder sostener el esfuerzo que implica estar en ella.

> *"Para mi impresión el colectivo que es el más sintomático en eso, es el colectivo de educación capacitación, porque se anotaron muchos no sé si es porque es enero o marzo, no sé. Y después, en abril, no se qué, entonces, al final quedaban doce pero es porque, claro, es como que hay una idea de avanzar en eso, de terminar el cuarto medio, y no sé, o de estudiar pero se impone también los miedos, la resistencia. Ahora, en eso, respecto a cuáles son las expectativas que puede tener...*
>
> *Claro, las condiciones, faltan también condiciones pero no podemos decir que son solo las condiciones. No, ahí se encuentran las no condiciones, con la no característica, y con las dificultades en el fondo".*
> *Profesional de la Comunidad terapéutica*
>
> *"Yo estudié, estuve en la universidad, después nos vinimos todos para Santiago, y yo no tenía nada que hacer, yo ya estaba con la enfermedad y mis hermanas llegaron al colegio, y se integraron y conocen gente, y yo no estudié de nuevo en la universidad entonces yo como que quedé en el aire, cachai, salía poco, la enfermedad me dominaba por decirlo así, o sea, estaba todo el día con eso, con tratamiento".*
> *Consultante*
>
> *Pasa que él primero salió de la Enseñanza Media con muy buenas notas, porque no le gustaba el liceo, no era un liceo, era un politécnico. No le gustaba y después dio la prueba, le fue bien, la PAA, le fue bien y quiso estudiar y él quedó en la Universidad y dijo: "Ya, yo quiero ir a estudiar allá". Y nosotros dijimos: "Bueno, hacemos eso porque a él le gusta eso". El asunto es que le arrendamos pieza y yo misma me acuerdo que lo fuimos a dejar con el papá y un amigo, fuimos varios a dejarlo allá, al niñito chiquitito, y bueno lo dejamos allá. Y de repente, una vez me llama la arrendataria y me dice: "Sabe, su hijo yo no lo veo que va a clases", "su hijo duerme toda la mañana y sale como a las 5 y después vuelve en la noche".*
> *Familiar*

Se observa que un número importante de consultantes construye sus relaciones sociales con base en la Comunidad, es ahí donde tejen lazos de confianza y amistad. Otros arman sus redes de acuerdo a sus actividades laborales y educativas, y otros, sostienen que sus amigos son sus propios familiares.

> *"Y lo que hace es llamar a los amigos y le prestan la materia".*
> *Familiar*
>
> *"Y bueno ahí quedaron mis amigos de colegio, mis amigos de universidad, y acá llegué a no hacer nada, y no fue como oportunidad para hacer amigos, no estudiaba, no trabajaba, un tiempo conocí a un grupo de personas porque conocí a una persona en una clínica que estuve internado, pero estuve unas dos semanas y cuando salimos nos juntamos y conocí a sus amigos y salimos un tiempo pero después como que no he podido hacer amigos, o sea, he conocido gente acá con algunos usuarios de acá, nos hemos juntado afuera, pero bueno tengo*

una vida social en cuanto a amigos, pero no, no".
Consultante

"En mi casa los únicos amigos son mi familia, pero tengo amigos en la comunidad, como todavía estoy en la comunidad tengo amigos que son mis compañeros usuarios, y en la amasandería también tengo amigos ahí, sí".
Consultante

La salud es un eje de desarrollo ligado a los tratamientos psiquiátricos, no es un tema que aparezca, en este estudio, por interés de los consultantes en referencia a otras áreas. Esto puede deberse a que tiene una mayor presencia en sus vidas cotidianas, de ahí también la necesidad de mirar el sistema público como posibilidad de ahorro de costos. Pese a ello, muchas personas mencionan que es en este punto donde se han vulnerado sistemáticamente sus derechos.

"O sea, yo en este momento no estoy ni con sicólogo ni con siquiatra, porque estoy viendo qué hacer, o sea, yo bueno soy usuario PRAIS del programa de reparación, bueno entonces tengo como acceso a la salud pública, y también es una forma de independizarse, o sea, para qué voy a seguir siendo una carga de la Isapre para mi papá, para los efectos de mi vida, o sea, entonces no sé si me cambio a FONASA y busco un sicólogo ahí, creo que eso es lo que voy a terminar haciendo, cachai, cambiarme a FONASA y tener mi propio sistema de salud".
Consultante

"Sí po', por ejemplo, hay un derecho acá, yo no sabía, lo supe hace unos años atrás, por ejemplo, hablar con la persona que lo está tratando a uno, y decirle "sabe qué, quiero probar estar sin medicamentos", es un derecho, yo no sabía que eso era un derecho de estar sin medicamentos, y resulta que yo cuando vivía en la casa de mi familia me internaban dos veces por cualquier cosa, por cualquier cosa me internaban, y me pasaron a llevar muchas, muchas veces con eso".
Consultante

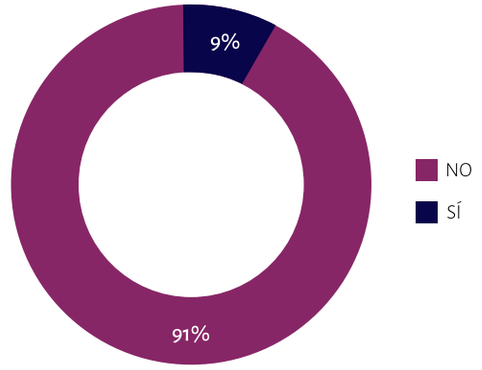
"Un día, mi marido conversando con un amigo le dijo "¿por qué no va particular a un psiquiatra" y le dio el nombre y todos los datos del doctor, un psiquiatra que atiende en el centro. Le cambia el Modecate, le dio Aripiprazol. Cuando comenzó con el Aripiprazol era otra persona, renació. Y ahí empezó a no dormir tanto. Ese remedio no está en la canasta del consultorio, entonces nosotros todos los meses tenemos que comprar ese remedio".
Familiar

"Cuesta ingresar a una consulta con una psicóloga, cuesta entrar al Cosam porque hay largas listas. Estuve harto tiempo en espera y cuesta mucho entrar. Lo otro también, en el Cosam ocurre que hay mucho cambio de psiquiatra, porque son como jóvenes y son bien buenos, pero se van después. Por ejemplo, un tiempo no hubo psiquiatra. Ahora me van a dar hora para dos meses más, tres meses más, es mucho. Eso es lo malo".
Familiar

"Yo, la dificultad más grande ha sido, yo estoy del 95 más o menos, del 95 o 96 con un tratamiento, fines del 96 por ahí, eh los efectos secundarios, que los siquiatras no le toman mucha importancia. Los efectos secundarios son muy desagradables, eso es lo principal, eso mismo no más. No es solamente eso, tanto pastilleo, tanta internación y yo como base de internaciones y tengo problemas de concentración, grandes muy grandes".
Consultante

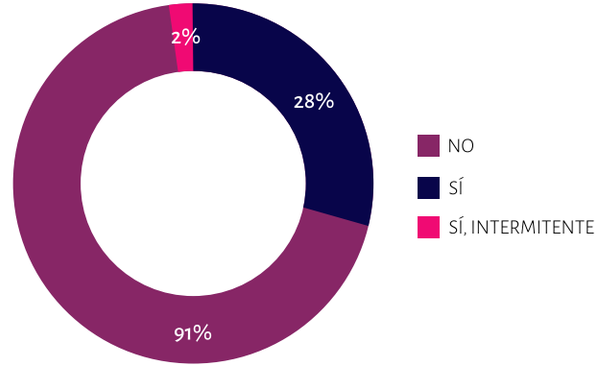
Respecto a la situación de inscripción en el sistema público de salud, un 91% de los consultantes sí se encuentra inscrito y el 9% restante no lo está.

Gráfico N°18. *Inscripción en sistema público de salud*



Del mismo modo, un 70% de los consultantes recibe tratamiento psiquiátrico de manera permanente, un 2% lo hace de manera intermitente y un 28% no recibe tratamiento.

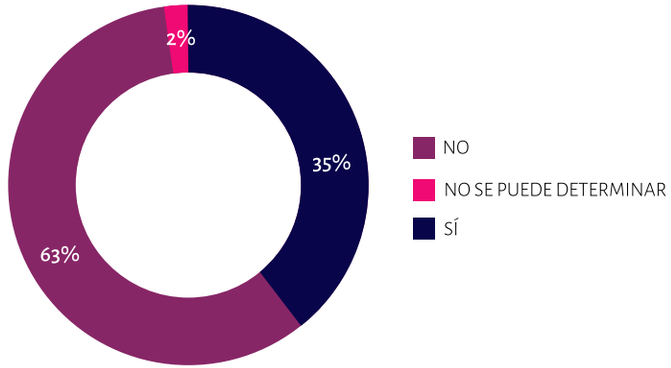
Gráfico N°19. *Recibe tratamiento psiquiátrico*



Por otra parte, la mitad de los encuestados señaló que sí se encuentra inscrito en el Registro Nacional de Discapacidad, mientras que el otro 50% no lo está.

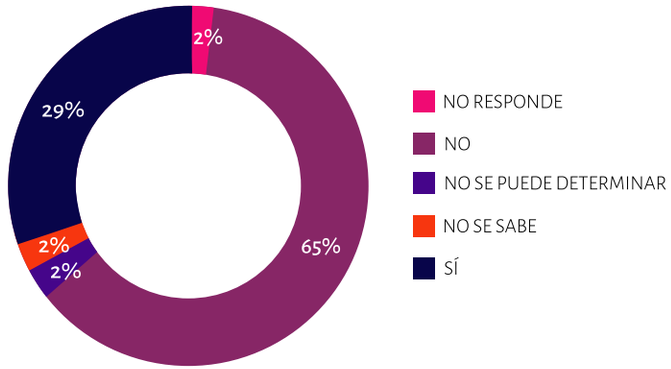
En relación a la presencia de otras patologías mentales, un 63% de los consultantes no posee, mientras que un 35% sí lo hace. El 2% restante no se puede determinar.

Gráfico N°20. *Presencia de otras patologías mentales*



Respecto a la presencia de otras patologías físicas, el 65% de los consultantes no las padece, mientras que el 29% sí. Las categorías no responde, no se sabe y no se puede determinar concentran el 2% cada una.

Gráfico N°21. *Presencia de otras patologías físicas*



Finalmente desde una mirada general de las políticas públicas, éstas son relacionadas con un exceso de burocracia, lo que hace que los procesos sean engorrosos y poco claros. Las familias y los usuarios dan cuenta del deseo de contar con un Estado más presente e involucrado en su vida cotidiana.

> *"Yo lo acompañé al COMPIN a verse con el equipo de médicos, estaban todos ahí. Estaba súper nerviosa, en Los Orientales. Después lo llamaron de la Superintendencia, le hicieron un chequeo y estaba ahí, todo eso es largo, es burocrático también, se demora mucho, médico acá, medico allá"*
> *Familiar*

> *"Si se pudiera por ejemplo, a mi me gustaría que el Estado abra más los ojos para eso. Imagínese, yo le decía a la Vivi, si recuperar un joven así al Estado le sale más barato que tener un joven en un psiquiátrico, que ahí más va a hacer es dar gasto al Estado. Él es capaz de aportar a otras personas, ahora con amigos imagínese se presentan en la municipalidad".*
> *Familiar*

> *"Claro, como no preocuparse del bienestar de las personas con discapacidad mental, sino que hay mucha gente que la, como dejarlos de lado, como ponerlos en un rincón de la sociedad como que no molesten, así. Entonces, como enfrentar y reconocer la existencia de las enfermedades mentales, y de incorporarlas a la sociedad, claro darles los derechos que merece toda persona".*
> *Consultante*

Colectivos

Parte del modelo de trabajo de la Comunidad es la creación de un vínculo terapéutico, el cual comienza a surgir a partir de los encuentros individuales, y se perpetúa hasta el desarrollo integral del consultante, el cual queda expresado en la nueva relación que configura consigo mismo y con su entorno próximo, ya sea en la comunidad, en la familia y en las otras instituciones sociales. En este sentido, ingresar a un colectivo requiere de un proceso por el cual los consultantes desarrollan deseos, intenciones y metas, configurándose como sujetos de derecho determinados por ciertos contextos y con necesidades concretas de apoyo.

> *"Pero los colectivos requiere una actitud por decirlo así, o una idea de sujeto un poco más armada, un poquito más articulada, o sea, más sujeto por decirlo así, y si el sujeto no está completamente, o sea, requiere... ahí, cachai, como los apuntalan, entonces ahí están los apoyos, los acompañamientos".*
> *Profesional de la Comunidad terapéutica*

> *"Cuando alguien, en un plano más individual, manifiesta que tiene deseos por trabajar o lo piensa, nosotros intencionamos que se involucre en ese colectivo, porque ahí hay un trabajo más grupal, hay la posibilidad de ver en qué está el otro, que está igual que tú o de otra manera o si tiene una experiencia previa".*
> *Profesional de la Comunidad terapéutica*

Así, los colectivos surgen como respuesta a la necesidad de que los consultantes ejerzan sus derechos, configurándose como un espacio de difusión y aprendizaje práctico del cómo, dónde y con quién se lleva a cabo determinada acción. Es un espacio de instrucción conjunta, donde todos aportan, opinan, ejemplifican, vivencian y generan cambios.

> *"Los colectivos aparte de ser grupalistas, nosotras los hemos definido así hace muchos años, son grupalidades para tener acceso a algún derecho".*
> *Profesional de la Comunidad terapéutica*

> *"Los colectivos son como directrices que le dan allá para la autonomía de ellos, por ejemplo, hay muchas personas, muchos jóvenes allá que arriendan una pieza. De repente buscan un trabajo, una cosa así, cosa de insertarlos y que tengan su independencia".*
> *Familiar*

"Los colectivos han sido súper importantes porque son con los temas concretos, o las necesidades más específicas de los integrantes de los colectivos, cachai. O sea, en el colectivo habitar nos están ayudando a ver si podemos vivir solos, de protección social para pensión, hay de vivienda para los que quieren vivienda, salud, las personas que están en esos colectivos necesitan ayuda con los temas específicos y eso ha sido súper pragmático, por decirlo así, te ayudan y te dicen "tienes que hacer esto, tienes que conseguir los teléfonos en las municipalidades, y las gestiones que tienes que hacer para lo que quieres lograr, es súper bueno".
Consultante

"Otro usuario me dio la idea de lo de la moto, o sea, él trabaja en eso más tiempo que yo, y me dio la idea, me contó lo que estaba haciendo, y a mí me tincó y de ahí surgió la idea de trabajar en moto. Claro, el equipo, la comunidad me ha ayudado bastante, en cuanto a la inseguridad que yo tenía para trabajar, y como el miedo que yo tenía para atreverme a trabajar, cachai, y a salir en la moto y te van como guiando, te van ayudando para poder hacerlo".
Consultante

Dentro de quienes participaron en algún colectivo de la comunidad y respondieron la encuesta, el 40% evalúa esta participación como muy buena y el 26,7% como buena. Hay un 13,3% que calificó esta experiencia como más o menos, mientras que el 20% no respondió la pregunta.

Tabla N°9. *Evaluación participación en colectivos*

EVALUACIÓN PARTICIPACIÓN EN COLECTIVO/S	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUY BUENA	6	40
BUENA	4	26,7
MÁS O MENOS	2	13,3
NO RESPONDE	3	20
TOTAL	15	100

En este sentido, los colectivos se construyen desde la grupalidad y lo comunitario. No obstante ello, al ser procesos individuales, donde se respeta la autonomía de cada quien, las personas acceden de acuerdo al proceso específico en el cual se encuentran dentro de su proceso de rehabilitación y tratamiento. Tal como se planteó en párrafos anteriores, cuando los consultantes alcanzan un proceso más avanzado de concienciación sobre lo que implica ser sujeto de derecho, deciden a qué políticas públicas acceden. Es por ejemplo en este marco que pueden acceder a una vivienda, acudir a solicitar el carnet de discapacidad o hacerse parte de otros programas relativos a la protección social.

"Si, yo creo que cuando empecé a, cuando los síntomas dejaron de ser tan de ocupar tanto tiempo y de ser, y de complicarme tanto la vida, empecé a pensar cómo rearmar mi vida, o sea, qué quería hacer, tenía que encontrar trabajo o estudiar o armar todo porque mi vida se pausó en un, por años y creo que la propia comunidad me ha ayudado como a tomar de nuevo la vida, los planes y adquirir hábitos de nuevo de llegar acá, y de salir de la casa, o sea, de salir todos los días a hacer las distintas cosas que tengo que hacer, llegar a hacerlas solo y proyectarse un poco también. La idea de poder vivir solo, y ya estoy trabajando y eso, los planes".
Consultante

El equipo profesional de la comunidad acompaña los procesos, pero es claro en plantear que no realiza ninguna acción específica que puedan hacer los consultantes de manera independiente y autónoma.

"Por otra parte, yo te diría que hay otro elemento ahí, porque el colectivizar devuelve o pone sobre la mesa de que aquí nadie va a hacer el trabajo por el otro, cachai, no es una grupalizacion asistencialista".
Profesional de la Comunidad terapéutica

También sostiene que la experiencia las ha llevado a asumir aquellos casos que no logran alcanzar el desarrollo deseado, lo cual no implica dejar de apoyar, sino sólo delimitar las expectativas y el trabajo. Para esto, la organización de las labores en duplas les permite mirar esto conjuntamente y tomar decisiones colaborativas, considerando a otros integrantes del equipo y las supervisiones externas como herramientas de neutralidad y auto-observación.

"Pero hay otra cosa que tiene que ver con el enfrentarse, ellos a la realidad, y también nosotros mismos a que ellos lleguen hasta un nivel, a nosotros nos ha costado yo creo que han sido los años los que nos han enseñado que este usuario llegó hasta aquí, no podemos hacer más".
Profesional de la Comunidad terapéutica

"Hay un aspecto importante, nosotros trabajamos en dupla, y eso tiene que ver con lo interno y lo externo, y eso es importante estar viendo en conjunto la terapeuta con la terapia de un sicólogo, que está en la sala adentro con lo que está sucediendo afuera, porque eso nos va dando un índice y esa sutileza hasta dónde ir, y hasta dónde podemos llegar. Y frenarnos, yo hablo de dosificar la actividad, dosificar cuán a menudo y cuánto, qué sé yo, pero el trabajo que yo hago con la Carla, con la Viviana, con la Carola tiene que ver mucho con eso, o sea, hasta dónde llegar, porque a veces están tan en lo suyo y eso nosotros lo vemos reflejado afuera, en la cotidianeidad, entonces también es un no sé, cómo llamarlo termómetro, barómetro no sé".
Profesional de la Comunidad terapéutica

En relación al cumplimiento de expectativas de avance en diferentes facetas, a partir de los datos de la encuesta se construyó un índice compuesto por 19 variables, las que hacen referencia al avance en diferentes aspectos:

Tabla 10. *Variables para construcción de índice de avance de consultantes*

VÍNCULO CON LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE PEÑALOLÉN	TOMAR DECISIONES RESPECTO A SU PROPIA VIDA
DESEMPEÑO EN SU VIDA DIARIA	CONDICIONES DE VIDA
RELACIÓN CON SU FAMILIA	RELACIÓN CON SU BARRIO
ENCONTRAR TRABAJO	DESARROLLO EDUCATIVO
RED DE APOYO	ACCESO A BENEFICIOS
ACCESO A UNA VIVIENDA	ACCEDER A SALUD EN EL CONSULTORIO
PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DEPORTIVAS
PARTICIPAR EN ACTIVIDADES CIUDADANAS	PROCESO TERAPÉUTICO EN LA COMUNIDAD

RELACIÓN CON EL EQUIPO DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA	SALUD FÍSICA
SALUD MENTAL	

De esta forma, si se considera a las personas que dijeron tener mucho avance o que avanzaron más de lo que esperaban, tenemos que un 16,7% avanzó positivamente en 15 o más de las actividades evaluadas. Un 38,9% avanzó positivamente entre 10 y 14 actividades y la misma cifra corresponde a aquellos que evaluaron positivamente el avance entre 1 y 9 actividades. Sólo 1 persona no indicó avances positivos en ninguna actividad.

Tabla N°11. *Índice de avances positivos en actividades*

CANTIDAD DE ACTIVIDADES CON AVANCE POSITIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15 O MÁS	3	16,7
ENTRE 10 Y 14	7	38,9
ENTRE 1 Y 9	7	38,9
NINGUNA	1	5,6
TOTAL	18	100

Es interesante sostener que se generan nudos críticos para el equipo profesional cuando una persona quiere ingresar al colectivo, pero aún no es adecuado que lo haga de acuerdo a su contexto terapéutico. Se complejiza por lo tanto el proceso, dado que se genera un enfrentamiento entre el respeto a la autonomía individual y la consagración del desarrollo grupal.

> *"Yo creo que hay ciertos aspectos, que no los tenemos para nada resueltos. Por ejemplo, en qué minuto decir que no a alguien que entra al colectivo, porque ahí siempre hay una tensión ¿por qué no tendría que entrar? ¿O por qué no ahora? Y eso es parte de quienes están más en el mundo interno que pueden dialogar con las que están más afuera, y muchas veces las terapeutas presionan porque "ya pues vayan", y también es una discusión que nosotras no tenemos cerrada, si la Carmen tiene que seguir entrando a los colectivos, ¿por qué tendríamos que decirle que no? ¿Porque no se modera? ¿Porque interrumpe a los demás? ¿Porque no es capaz de dar espacio a los otros? ¿Porque los va a ahuyentar? ¿Por qué tendríamos que decirle que no? y eso, es una discusión constante, respecto de algunas personas. Curiosamente la Carmen entra a los colectivos hoy, y no es la Carmen que entró a la asamblea, y eso ha permitido que venga con la terapeuta y que trabaje ciertos aspectos individuales".*
> *Profesional de la Comunidad terapéutica*

Percepción y valoración de lo comunitario

El modelo de trabajo comunitario es muy apreciado por todos los actores involucrados, dado que implica valores y modos de acción que promueven los lazos de confianza, la comunicación y la amistad, promoviéndose la pertenencia, la valoración y la colaboración mutua. Siendo un pilar para superar la sensación de soledad, la discriminación y el abandono social.

> *"Sí, el concepto de comunidad es súper importante, el compartir, el ser generoso, el ser empático, el pensar no sólo en las necesidades propias sino que sea desde el grupo de personas que te rodean, lo encuentro como genial, o sea, participar en una comunidad es muy choro, es muy rico, es reconfortante, y tú además ves como los compañeros tuyos también van logrando cosas, y es súper rico porque tú sientes afecto por ellos. Sientes afecto por gente que conoces, y te alegra que logren cosas, y que vayan como uno también logrando objetivos, y también tengo compañeros que, o sea, creo que todos los que vamos allá lo hemos pasado mal, cachai, y algunos lo están pasando todavía peor que otros y es rico ver cómo vamos estando mejor, eso".*
> *Consultante*

> *"Además era un giro que la corporación tiene hace mucho tiempo y en algún minuto se nos arma un grupo, de agrupaciones con las cuales veníamos trabajando que se podía pensar en una manera de colectivizar la salida de las casas familiares, porque cada uno de ellos estaba en algunos casos trabajando eso en sus tutorías individuales, en otros casos que es más contingente había una situación de maltrato explícito en un hogar protegido, y una situación en un siquiátrico, en una clínica siquiátrica. Y ahí a nosotras se nos armó un poco un grupo y propusimos un colectivo con ciertas características, y que al principio lo presentamos como una oportunidad, como un ganarse el loto poder participar de eso, una oportunidad estar en una experiencia que no la habíamos hecho antes".*
> *Profesional de la Comunidad terapéutica*

> *"Yo creo que esa pregunta de lo individual y de lo colectivo yo creo que no va tan separado".*
> *Profesional de la Comunidad terapéutica*

> *"Pero no los interpela de manera estrictamente individual, y yo creo que eso les permite soportar muchas veces el trabajo, el trabajo de " sí, yo sé que me quiero hacer el EMPA" digamos, el examen de salud, "pero no entiendo cómo es, quizás qué me hacen" entonces viene otro del colectivo y dice "sí, yo fui y me pincharon el dedo, me preguntaron unas cosas, tuve que esperar o no tuve que esperar, hay cosas que no quise contestar" no sé, empieza a tener como más realidad".*
> *Profesional de la Comunidad terapéutica*

Un aspecto a destacar en el hecho de hacer comunidad, es que los usuarios valoran ser parte en la toma de decisiones, pudiendo ellos colocar los temas que les preocupan, sintiendo que tienen la libertad y la autonomía necesaria para discutir y opinar. En este sentido, el equipo profesional transparenta e informa sobre todos los ámbitos de acción que existen en la Comunidad Terapéutica.

> *"Un día llegue y empecé a conversar con otro usuario que no conocía y con él converse, y después cuando tenía más colectivo conocí a más gente, y después hacíamos un taller, y después las asambleas que son todos los lunes. Ahí nos juntamos todos, el equipo y los usuarios y tratamos los temas de la comunidad, ese aspecto de la comunidad es importante la asamblea, ahí se tratan todo los temas y están todos los usuarios que quieren una asamblea abierta y ahí está el equipo, y ahí tratamos todo, todos los temas de la comunidad".*
> *Consultante*

"Desde la plata que tenemos en la asamblea, que se usa para no sé, para un ventilador o para un paseo a fin de año, los talleres explicarlos, los colectivos, la llegada de nuevos usuarios y presentarlos, de nuevas practicantes, también uno puede proponer un punto que le interese y que va a tratar en la asamblea para discutirlo, y llegar y tú dices "tengo un tema que quiero hablar", es como la instancia de participación más concreta".
Profesional de la Comunidad terapéutica

Cuidado centrado en la persona
El cuidado centrado en la persona, modelo que se implementa en la Comunidad Terapéutica, implica un profundo respeto por la dignidad, la historia de vida, la diferenciación y las necesidades específicas de los seres humanos. Por ello, bajo este enfoque, se establecen planes individuales de trabajo, los cuales son consensuados y negociados, tanto con el consultante como con su familia y entorno próximo. Se busca mejorar la calidad de vida y el bienestar considerando los tiempos, los deseos, la autonomía y la independencia de los involucrados, quienes tienen el derecho a recibir un servicio profesional y especializado.

"Entonces yo me he dado cuenta que cuando a la comunidad llega un nuevo usuario, primero trabaja con una de las sicólogas o terapeuta y va enterándose de a poco, por algo es lento, no como llegar y meter a uno nuevo. Porque seguramente se va a sentir inseguro, va a estar con ciertos miedos y de conocer más gente, además de los problemas que tiene cada uno, entonces la integración es gradual, y va a ir graduando y va aumentando en que taller le interesa puede ser, yo encuentro que está buena sí, no es como llegar y decir "hola, es nuevo"".
Consultante

"Y se ve qué necesidades hay, ahora está clarísimo que hay un cambio grande, hay un grupo grande de egresados, y ahí hay que adaptar la grilla y tiene que ver con los planes de intervención de cada uno, con las necesidades".
Profesional de la Comunidad terapéutica

> *"La comunidad, con lo que ellos hacen, están siempre, son los únicos que se mantienen, y por ejemplo, son en la comunidad que ven el problema del alma y eso fue lo que me vieron a mi también. Van a esa parte que es la parte más interior de uno. A mí me gustaría que nunca se terminara".*
> *Familiar*

Esta mirada del trabajo cotidiano difiere de lo que se realiza en las instituciones públicas, donde tiende a prevalecer un modelo biomédico, basado en metas, con carencia de especialización profesional y adecuados mecanismos de derivación. No obstante ello y dado que existe conciencia de las falencias, los equipos intentan cubrirlas por medio de visitas domiciliarias, acompañamiento y seguimiento de los casos más complejos.

> *"En términos concretos, yo creo que trabajo familiar así a concho, trabajo con el usuario muy directamente, acá a veces la gente se nos va perdiendo, en el sentido de que hay tantos, no sólo de esquizofrenia, que se nos va perdiendo y de repente te das cuenta de que no venían, después de mucho tiempo, porque tienes que estar pendiente de mucha gente. Entonces, cuando el trabajo es más acotado, cuando tienes veinte pacientes, puedes hacer maravillas yo creo, en ese sentido yo creo".*
> *Profesional redes institucionales*

> *"O sea, yo, de los años que llevo trabajando acá, la verdad es que la calidad la tratas de hacer tú como profesional no más, pero lo que importa son los números. Siempre han importado los números".*
> *Profesional redes institucionales*

> *"La verdad que intentamos que sea como de CORDES, porque ellos son netamente comunitarios y la verdad que nosotros estamos lejos de eso yo creo. Entonces no, por eso te digo, tratamos más de hacer acompañamiento, tratamos de hacer más intervenciones como en domicilio, cuando el paciente no viene, cuando el paciente no quiere, tratamos de acercarlo de una forma más, pero estamos lejos de eso por horas, por tiempos, ¿y por qué no decirlo? También por expertise".*
> *Profesional redes institucionales*

Debido a lo anterior, las personas consultantes, las familias y las instituciones comunales, destacan las características de este modelo de trabajo y las relevan como una parte importante del proceso de rehabilitación y tratamiento.

> *"Allá somos personas, yo estoy eterna agradecida de ellos, de la Vivi, de la Gloria, la Gloria vino para acá, me daba ánimos".*
> *Familiar*

> *"No, yo creo que sentí como potenciar mis propias habilidades, mis propias, los pro que tengo, cachai, o sea, como aquello como que no te lo dicen, como que claro, o sea, no te dicen "tú eres bueno para esto", cachai, no es así como, no pues, ellos creo que se dan cuenta como tú eres, yo creo que me conocen más que yo a mí mismo. Entonces te van como guiando, orientando un poco".*
> *Consultante*

> *"Un compromiso muy grande con el paciente. Siempre apoyándonos en todo, incluyendo la familia también".*
> *Consultante*

Relaciones Interinstitucionales

La Comunidad Terapéutica plantea la relación con las redes como parte central de su trabajo. Tal como se ha planteado a lo largo de este análisis, las personas necesitan estrategias holísticas de tratamiento y rehabilitación, todas las cuales deben estar direccionadas a que las personas ejerzan sus derechos. De ahí la importancia de plantear colectivos de salud, de trabajo, de vivienda, entre otros.

> *"La palabra empoderar no circula mucho acá, suena más la derivación, que la derivación tenga asociado un cuerpo legal, un cuerpo subjetivo, un cuerpo físico, que las personas cuentan con un cuerpo de equipo que son parte de una red que es un cuerpo mayor de lo público".*
> *Profesional de la Comunidad terapéutica*

No obstante ello, la Comunidad tiene una mirada distinta a lo que se observa en las redes relativas a la salud mental, donde el diagnóstico pierde importancia y lo relevante es que la persona tenga el espacio para desplegar su subjetividad en la vida cotidiana.

> *"Yo creo que una de las cosas más entretenidas, que ha sido una derivada que nos ha permitido hablar también como con el mundo siquiátrico, desde un lugar distinto, porque habitualmente los equipos están obligados a hablar, desde el discurso siquiátrico, y meterse en algo que es irrelevante, que nosotras no vamos a opinar respecto a sus diagnósticos, porque con lo que nosotras vemos tiene que ver con la cotidianeidad. Entonces*

salirnos de esa discusión, que es una discusión no solo improductiva".
Profesional de la Comunidad terapéutica

Estas distintas miradas implican diferentes formas, las cuales son claramente identificadas por todos los actores, pero no implican motivaciones disímiles. La información recabada deja claro que todas las instituciones, sean públicas o privadas, tienen como objetivo principal la generación de un entorno más adecuado para cada uno de los consultantes, de tal forma que ellos puedan llevar a cabo sus metas y habilidades. Por ello, la relación principal es la derivación y contraderivación de las personas en busca de maximizar los beneficios.

"Nosotros derivamos en pos de que el paciente esté mejor".
Profesional redes institucionales

"Porque acá en el Cosam es más frío, está el psiquiatra, pero lo verá dos meses, después se van, viene otro, y no siempre están de acuerdo con que le hayan cambiado con el otro. Han cambiado cualquier cantidad, ahora habían dejado sin psiquiatra. No siempre se lleva bien con la psicóloga y lo más importante es que se lleve bien con el psicólogo, que te diagnostica. Y la Vivi tiene todos esos dones, con la Gloria y la Alejandra y con la señorita de allá, la Tamara, la Paulina y todos los que han estado ahí. Ellos saben llegar a la vena, y ellos le dirigen sus venas como deben ir y eso es lo que sirve, porque yo también lo experimenté. Porque ellos allá me enseñaron a solucionar cosas desde los mismos problemas y eso es lo que ha hecho la Vivi, es que ella es un 7. Yo le tengo mucho cariño enorme a la comunidad".
Familiar

"Bueno, la relación básica es que tenemos pacientes en común".
Profesional redes institucionales

"Cuando nosotros sentimos que el usuario se puede beneficiar más de la comunidad, en el sentido de que ellos tienen muchas más actividades durante la semana, entonces, cuando sentimos que es un usuario que necesita más apoyo, como ellos tienen muchos menos pacientes que nosotros, se pueden dedicar más exclusivamente, por así decir. Nosotros acá nos hacemos cargo de hartos más pacientes, entonces es como difícil de pronto, y no tenemos tantas actividades definitivamente".
Profesional redes institucionales

Finalmente es importante destacar que la relación con la red en Peñalolén, específicamente entre el Centro Comunitario de Salud Mental, COSAM, y la Comunidad Terapéutica, se basa en la honestidad. Cada uno plantea lo que puede y no puede hacer y se sabe muy bien las habilidades y conocimientos de cada quien. Se observa una relación de colaboración mutua, donde se plantean las necesidades y los requerimientos de forma transparente.

"No, los casos que no han adherido y los casos que necesitamos mayores atenciones en el sentido de talleres, que tengan la semana más ocupada y también cuando el apoyo, cuando estamos no chatos, pero sí sin saber qué hacer. El apoyo, sentimos que ellos tienen como mucho más expertise de todo el trabajo, ellos ya llevan muchos años trabajando en este tema, entonces es como "¿qué podemos hacer con este caso?". En varias ocasiones hemos derivado gente donde ellos nos dicen: "Miren, no lo vamos a ingresar por tal razón -que nos pasó con un cabro- pero pudiesen trabajar por acá, por allá", dándonos directrices en qué hacer. Muchas veces nos topamos con así, honestamente: "sabes qué, ya no sabemos qué hacer"".
Profesional redes institucionales

Un aspecto futuro a considerar, que se plantea en las entrevistas, es la posibilidad de que la Comunidad capacite a los actores para que se fortalezca el trabajo en red, dado que si bien existe la relación, tal como se sostuvo en los párrafos anteriores, hay que mejorarla. Se suman a ello las pasantías y los sistemas comunes de información.

Satisfacción y nudos críticos

La satisfacción de los consultantes y sus familiares con el Programa de Apoyo a la Autonomía implementado por la Comunidad Terapéutica es alta. A modo de hipótesis, esto puede ser el resultado de la forma en que el equipo de trabajo realiza sus intervenciones y en el vínculo que establece con la población que interviene.

En este sentido, las personas entrevistadas resaltan permanentemente las características positivas de las profesionales y de todas las acciones que llevan a cabo, agradeciendo la oportunidad que han tenido de estar en el Programa y ser parte de la Comunidad.

"Entonces, ¡mire cómo ha repuntado! y yo creo que todo eso viene de adentro, pero gracias a ese estímulo de ellos allá. Porque acá en el Cosam es más frío, está el psiquiatra, pero lo verá dos meses, después se van, viene otro, y no siempre están de acuerdo con que le hayan cambiado con el otro. Han cambiado cualquier cantidad, ahora habían dejado sin psiquiatra. No siempre se lleva bien con la psicóloga y lo más importante es que se lleve bien con el psicólogo, que te diagnostica. Y la Vivi tiene todos esos dones, con la Gloria y la Alejandra y con la señorita de allá, la Tamara, la Paulina y todos los que han estado ahí. Ellos saben llegar a la vena, y ellos le dirigen sus venas como deben ir y eso es lo que sirve, porque yo también lo experimenté. Porque ellos allá me enseñaron a solucionar cosas desde los mismos problemas y eso es lo que ha hecho la Vivi, es que ella es un 7. Yo le tengo mucho cariño enorme a la comunidad".
Familiar

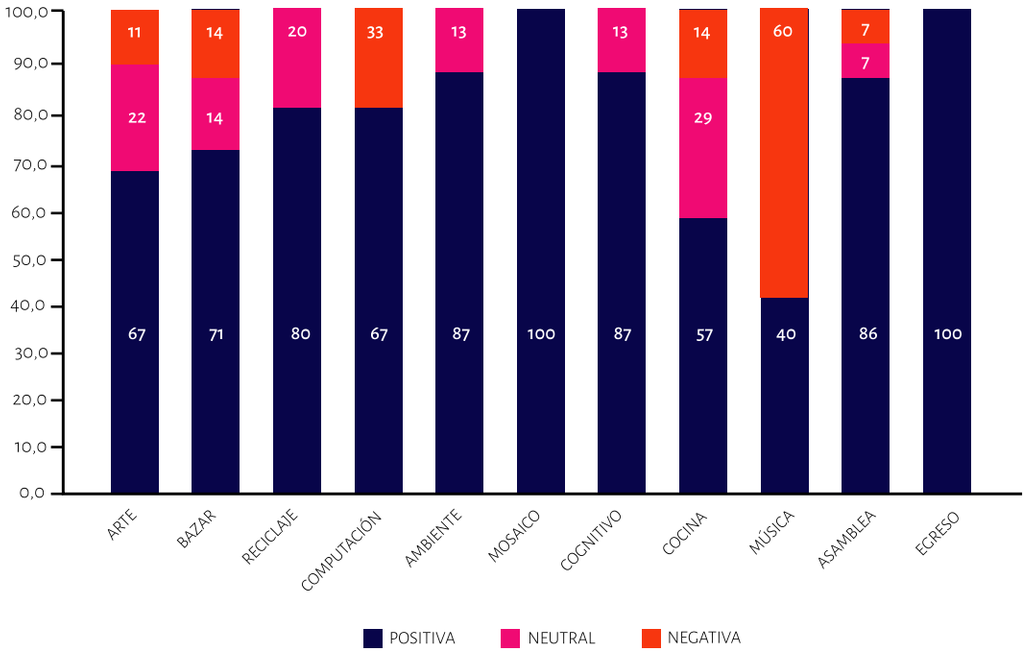
"Sí, acá es, o sea, siempre lo he dicho, es un compromiso tan grande con la persona, con el respeto mutuo, es bonito, es bonito lo que se vive acá, sí, así que nada ahora que estoy egresando agradecido, yo voy a seguir viniendo si acá, si está funcionando sí, a saludar a los profesionales y todas esas cosas".
Consultante

"No, yo he aprendido a valerme por mi misma, yo he aprendido a agradecerles porque me hacen valorizarme como persona, y también me ayudan mucho cuando yo estoy afligida. Me abren las puertas al tiro aquí, y la sicóloga, la terapéutica me ayudan a salir al tiro del dilema en que estoy metida, pero gracias a Jehová dios, hace tiempo que ya que no me he enfermado, nada".
Consultante

"Entonces, el trabajo de lograr adherencia cuesta bastante porque no hay posibilidades de mucho terreno, no hay posibilidades de mucha intervención de mi parte, por ejemplo. Entonces, a veces estamos un poco cojos en eso y en eso, cuando estamos complicados con el tema de adherencia, derivamos usuarios para allá, porque sentimos que la comunidad tiene más posibilidades de hacerlo. Ellos tienen alumnos en práctica también, que pueden hacer más acompañamiento a los usuarios. Esa posibilidad no la tenemos nosotros, entonces, en ese sentido, son un súper aporte".
Profesional redes institucionales

En la encuesta se le preguntó a los consultantes sobre el grado de satisfacción que tienen con los diferentes talleres y grupos en los que han participado al interior de la comunidad. En relación al total de respuestas dentro de cada categoría, el taller de mosaico y el egreso tienen un 100% de menciones positivas (evaluaciones muy satisfecho y satisfecho). Los talleres de ambiente y cognitivo tienen cada uno un 88% de evaluaciones positivas y un 12 % de evaluaciones neutras. La asamblea tiene un 86% de evaluaciones positivas y un 7% de evaluaciones neutras y el mismo porcentaje negativas. El taller de reciclaje tiene un 80% de evaluaciones positivas y el 20% restante son neutras. El bazar tiene un 71% de menciones positivas, mientras que los talleres de arte y computación tienen un 67% de evaluaciones positivas. La salvedad es que el taller de arte tiene un 2 de evaluaciones neutras y sólo 1 negativa, mientras que en el caso de computación las 3 evaluaciones restantes son negativas. El taller de cocina tiene un 59% de evaluaciones positivas, 29% de neutras y 14% son negativas. El taller de música aparece como el que tiene la peor relación entre evaluaciones positivas y negativas, con un 60% de evaluación negativa y el 40% positiva.

Gráfico N° 22. *Satisfacción con talleres y grupos*



Finalmente, al ser consultados por qué tan acogidos se sienen en la Comunidad Terapéutica de Peñalolén, el 55,6% de los encuestados dijo sentirse acogido, el 27,8% muy acogido y el 5,6% más o menos acogido. El mismo porcentaje corresponde a quienes dijeron sentirse poco acogido y quienes no respondieron la pregunta. Estos resultados indican una evaluación fuertemente positiva respecto a cómo se sienten en la comunidad, ya que más del 83% de quienes respondieron la encuesta realizaron una evaluación positiva respecto a este ítem.

Tabla 12. *Qué tan acogido se siente en la Comunidad*

QUÉ TAN ACOGIDO SE SIENTE EN LA COMUNIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUY ACOGIDO	5	27,8
ACOGIDO	10	55,6
MÁS O MENOS ACOGIDO	1	5,6
POCO ACOGIDO	1	5,6
NO RESPONDE	1	5,6
TOTAL	18	100

En las entrevistas se planteó varias veces la pregunta sobre los aspectos a mejorar de la Institución y el Programa, no obstante, no identificaron cuestiones relevantes. Lo más crítico tiene que ver con el proceso de egreso, pero aparece especialmente vinculado a las ansiedades personales que le genera a los consultantes lo incierto que resulta salir de un ambiente acogedor y protegido como la Comunidad.

Los exiguos nudos críticos planteados, todos desde los consultantes, dicen relación con:

1) La necesidad de hacer más talleres, de tal forma de ampliar el espectro de intereses que puedan tener los consultantes.

"Tratar de cubrir un espectro más amplio de intereses que van a surgir en los usuarios de la comunidad, o sea, ha habido, hay computación, música, arte, mosaico pero quizás pensar en algo que pueda ser interesante para hartas personas. Entonces que la gente diga "ah, me gustaría entrar a ese taller, me gustaría hacer algo".
Consultante

2) Mejorar la infraestructura de la Comunidad y tener acceso a mayores recursos, dado que se destaca que la Institución realiza un muy buen trabajo.

"No, estaba pensando, estaba pensando en infraestructura, como que le falta y yo creo de recursos deben andar, no sé. Que nos permitan mejores recursos sí, porque el trabajo que hacen es bueno, si súper bueno".
Consultante

3) Mayor conciencia a nivel social de la discapacidad mental y psíquica.

"Como te decía, la sociedad tiene que tomar más en cuenta los problemas de salud mental, o sea, como que la gente siempre se queja de la discapacidad física, pero como que la discapacidad mental no se toma tan en serio, eso no sé es un tema tabú o no sé, o algo así".
Consultante

"Claro, como no preocuparse del bienestar de las personas con discapacidad mental, sino que hay mucha gente que la, como dejarlos de lado, como ponerlos en un rincón de la sociedad como que no molesten, así. Entonces, como enfrentar y reconocer la existencia de las enfermedades mentales, y de incorporarlas a la sociedad, claro

darles los derechos que merece toda persona".
Consultante

4) Aumentar el número de mujeres que son consultantes, dado que son más hombres que mujeres.

"Siempre ha habido pocas usuarias mujeres, o sea, creo que cuatro o cinco mujeres han pasado o están en la comunidad, seis por ahí siempre que han sido mucho más los hombres, no sé el 80% de los usuarios, no sé por qué y claro sería, igual sería choro conocer usuarias mujeres y hacer amigas y todo, claro, si eso puede ser. No sé porque hay pocas usuarias mujeres, nunca ha habido muchas".
Consultante

5) El proceso de egreso es un gran nudo crítico para los consultantes y sus familias. Es un aspecto que aparece en las conversaciones de manera natural asociado a miedos e incertidumbres. La familia plantea que fuera de la Comunidad el acceso a tratamiento y rehabilitación se complejiza y los usuarios sostienen que es un proceso que deben vivir, dado que han ido cumpliendo metas que hacen que hoy puedan estar en condiciones de vivir de otra manera, pese a ello, es un proceso difícil.

"¿Y qué es lo malo de la comunidad?" "Que tengan que egresar, pero entiendo, porque resulta que hay muchas personas. Lo que pasa es que como sistema del Estado, del país, no hay dónde tratarse, es muy difícil".
Familiar

"Es complicado sí, eh me costó un poco aceptarlo al principio, pensé en encadenarme a las viejas voluntades, no tenía cadenas así, no fue complicado es como así tu sales del colegio, sales de la u, llevas ocho años ya, y sí fue complicado al principio aceptarlo, pero dije que sabía que no iba a estar para siempre, o sea, y mientras vaya logrando los otros objetivos, se va como quizás cambiando una cosa por otra. Si logro vivir solo, hacer amigos, tener trabajo, se va armando otra vida que reemplaza lo que tenías hasta ahora, pero sí es difícil, si haces lazos sí, es complicado pero hay que hacerlo".
Consultante

"La familia también, como que juega un rol importante también, y lo trabajamos en los colectivos, uno trabaja cosas con las personas, y claro viene un reincidente y lo compartimos con la familia, y la familia muchas veces con el miedo a que el usuario en la salida lo pase mal, o que se frustren como que los bajan antes del proyecto, como que ellos le tienen miedo, como que les desarman el proyecto antes de iniciarlo, por miedo, eso lo he visto montones de veces".
Profesional de la Comunidad terapéutica

En este marco, uno de los aspectos complejos son las relaciones sociales, producto que tal como se dijo en párrafos anteriores, éstas se generan en su mayoría en el mismo grupo, al interior de la Comunidad. Y otro punto es el apoyo, en el marco de la sensación de ser capaz, de que ellos pueden de manera independiente proponerse y alcanzar nuevas metas.

"Sí, fuerte es lo que claro más los amigos con la comunidad, y los lazos con la Vivi, con la Gloria, con la Anto, con la secretaria, con todo el equipo ha sido súper bueno entonces, claro yo sé que las voy a echar de menos después cuando deje algún día de trabajar con ellos. Pero hay que tomarlo como, hay que darse cuenta de la ayuda que te dieron, y cómo tú lograste aprovecharlo, y lo que has logrado en base al trabajo que hiciste con ella y con la comunidad, los frutos que ha dado, eso".
Consultante

"Eh, en mi caso yo creo que dándome cuenta gradualmente, de que puedo hacer cosas yo solo, que me la puedo entre comillas, cachai, que sí puedo lograr objetivos, que sí puedo hacer cosas que antes pensaba que no me iban a resultar, que no iba a poder hacerlas, te dan confianza, entonces si yo puedo hacer esto, puedo lograr cosas que quiero, y ahí te vas atreviendo a salir hacia adelante".
Consultante

Lo anterior es absolutamente percibido por el equipo de la Comunidad, siendo un tema de trabajo constante y de concienciación importante, tanto en ellas mismas como en las personas consultantes y sus familias.

"El grupo de egreso, por ejemplo, es casi un parto porque no es fácil, y ahí hay que empujar. Ya está bueno, porque son capaces".
Profesional de la Comunidad terapéutica

Equipo CORDES y Vínculos

El equipo de trabajo de CORDES tiene características específicas que es importante de resaltar. En primer lugar es un grupo profesional con una vasta preparación y experiencia, tal como se planteó en otro capítulo de este informe y como lo han resaltado las redes.

Una segunda característica es su capacidad permanente de concientizar sus acciones y resultados, están en estado de alerta permanente, de evaluación y autoevaluación, siempre buscando los mecanismos para hacer las cosas de la manera más adecuada posible. En este sentido, cuentan con herramientas para analizar su gestión, promoviendo el trabajo en duplas y las revisiones externas.

"Entonces respecto de los tiempos, lo que más las terapeutas tienen que soportar es justamente "no fui, no lo hice" hasta lograr llegar al "necesito ayuda" pero nadie va a hacer eso por el otro, porque es una manera de intervenirnos a nosotros también frente a la ansiedad, frente a la frustración de que a veces afuera las cosas no funcionan, que no hay horas al médico, que hay que llegar a las seis de la mañana, que la asistente social no entrega la caja de alimentos que la entrega por dos semanas una vez al año, ¿y cómo come la familia las otras trescientas semanas del año? Entonces es una manera también de intervenirnos, en las ganas muchas veces de salir a hacer cosas cuando las realidades son muy duras, no solo mentales sino realidades concretas, no hay qué comer, que no hay dientes o se le están cayendo los dientes".
Profesional de la Comunidad terapéutica

Un tercer aspecto es la importancia que se le entregan al vínculo con la persona y la familia, vínculo que no es mágico, sino que es el resultado de la construcción de espacios de confianza, lealtad, seguridad, franqueza, certidumbre y acompañamiento. El modelo es comunitario, pero se es consciente que para llegar a él, se debe hacer un trabajo individual fuerte.

"Es que igual creo yo que tiene que ver mucho con el vínculo, o sea, como que las personas llegan aquí y no necesariamente como dices tú, va a entrar a un colectivo. Hay todo un tiempo interno de tramitar y de que tiene que ver con la confianza, "que quienes son además los que están aquí, si son igual a mí, si están más locos que yo" entonces yo creo que eso es individual, en un primer momento tal vez cobra una relevancia pero sin

perder de vista lo colectivo".
Profesional de la Comunidad terapéutica

Cuarto, no existen ideas preconfiguradas, lo que se piensa se revisa y se comprueba, por lo tanto siempre está la idea de que algo se puede hacer y se busca, con el fin de entregar el mejor servicio posible.

> "*Nosotras tenemos expectativas cuando pensamos esto, como una modalidad, como un modo de trabajo, y aun pensándolas, creo que a veces nos encontramos con otra cosa, aparte de eso, ese es nuestro trabajo todo el tiempo, uno se encuentra con otra cosa, entonces ir tratando de acomodar, de ajustar*".
> *Profesional de la Comunidad terapéutica*

> "*Pero hay otra cosa que tiene que ver con el enfrentarse, ellos a la realidad, y también nosotros mismos a que ellos lleguen hasta un nivel, a nosotros nos ha costado yo creo que han sido los años los que nos han enseñado que este usuario llegó hasta aquí, no podemos hacer más, porque en el colectivo cuando empieza todo este proceso, "sí, yo también quiero vivir solo, yo quiero esto, yo quiero ser marciano, yo quiero, blablablá" y está totalmente fuera de la realidad, entonces es un confrontamiento con la realidad que hay que ir manejando y que tiene que ver, por ejemplo, con la economía, el manejo de dinero, o que "no me quiero ir de la casa de mi mamá, porque mi mamá no me deja irme de la casa", y se ha hecho un trabajo enorme para llegar a un hogar protegido o residencia, y te dicen "no" hasta aquí no más llegamos*".
> *Profesional de la Comunidad terapéutica*

Finalmente y quizás lo más importante para entregar un servicio de calidad, es el trabajo en equipo, el cual se ha construido a través de los años y se perfila por medio de profesionales que ingresan que tienen motivaciones intrínsecas que van más allá que hacer determinado trabajo, sino que se están en conocimiento de que lo que se haga cambia la vida de las personas, por lo que debe estar muy bien hecho. Esto a pesar de que muchas veces los tiempos y las condiciones no son las más adecuadas.

> "*Claro, las condiciones, faltan también condiciones pero no podemos decir que son solo las condiciones. No, ahí se encuentran las no condiciones, con la no característica, y con las dificultades en el fondo*".
> *Profesional de la Comunidad terapéutica*

> "*Que eso en algún punto es frustrante, pero en otro punto también es algo súper positivo porque permite restablecer, confrontar o darle como realidad a las dificultades concretas con las que las personas están. Es decir, como en la cocina, tomar el cuchillo y la dificultad es súper concreta, es decir, como no voy a ir a la escuela y es una manera de visibilizar dificultades que son súper concretas y que a veces necesitas toda esa estructura como para poder directamente hablar de eso, como que hay dificultades concretas de salir de la casa, o sea, hay que lidiar como con la oportunidad de la frustración, con la frustración misma, igual es frustrante y, por otra parte, que yo creo que es, por lo menos en el proyecto actual, que una cosa son las frustraciones del grupo y de uno mismo además, de los terapeutas, es cómo lidiar con los tiempos en que los proyectos dan*".
> *Profesional de la Comunidad terapéutica*

V. ALGUNAS CONCLUSIONES

El contexto social de los consultantes del Programa de Apoyo para la Autonomía se encuentra marcado fuertemente por la presencia de algunas -o todas, según el caso específico- de las barreras identificadas en el marco teórico.

Las barreras de tipo personal y relacional se manifiestan en los diferentes ámbitos de la vida de los consultantes. Se constató que la mayor parte de ellos poseen niveles altos de traumatización y dolor psíquico, lo que se acompaña de un alto porcentaje de personas que declararon haber recibido malos tratos. Todo esto se da en un contexto de escasas actividades sociales, las que se generan en ámbitos acotados y con la percepción de un insuficiente nivel de protección o de apoyo. La Comunidad Terapéutica y las familias se presentan como los principales espacios de interacción social en los que se desenvuelven y donde se encuentran presentes sus referentes significativos.

Las barreras relacionadas con las instituciones y las normas también adquieren centralidad en los contextos de los consultantes. Ellos en general sienten que efectivamente existe una estigmatización permanente sobre ellos, lo que se traduce en:

- Dificultades para acceder, mantenerse o terminar con éxito la educación formal.
- Presentar condiciones de empleos precarios o desmejorados en relación a otras personas, con menores niveles de ingresos y con mayores niveles de pobreza.
- Obstáculos para vivir solos y armar sus propios espacios de desarrollo.

Del mismo modo, sienten que la institucionalidad estatal no está orientada o preparada para adecuarse a sus necesidades, lo que se traduce en una sensación de hostilidad o rechazo, que termina configurando un círculo vicioso de exclusión y autoexclusión, que los aleja de un acceso adecuado a sus derechos, del ejercicio de su autonomía y de una participación ciudadana efectiva.

Respecto a las barreras que producen los cuidados profesionales que reciben, también se constata que predominan las experiencias negativas en relación al acceso a atención de salud en etapas previas o en otras instituciones. Prima una opinión que caracteriza estas atenciones como despersonalizadas y muy orientadas a lo que hemos calificado como un enfoque biomédico, que además se caracterizaría por una relación donde el paciente no tiene prácticamente ningún protagonismo y se mantiene como un sujeto pasivo que solamente recibe la atención. En este marco, cuestionan los diagnósticos entregados y los medicamentos que les son recetados.

En ese contexto, que se percibe cargado de barreras que impiden una inclusión social efectiva de las personas con discapacidad mental, la práctica de salud comunitaria con un enfoque centrado en el cuidado continuo e integral de la persona, que se desarrolla en el marco del Programa de Apoyo Para la Autonomía (PAPA), es valorada por todos los actores como un enfoque diferente, que tiene un mayor potencial para hacer efectiva la perspectiva de derechos humanos que debe primar en el modelo de salud mental.

De este modo, las principales fortalezas de este enfoque estarían dadas por los siguientes aspectos:

- Permite superar el aislamiento social en el que se encuentra la mayoría de los consultantes mediante el trabajo continuo con cada individuo y la consolidación de colectivos que permiten

procesar y vivenciar grupalmente los problemas y compartir experiencias.

- El modelo comunitario genera condiciones para que los consultantes se puedan enfrentar a las barreras institucionales y normativas de una mejor manera, al establecer un proceso de acompañamiento colectivo en los diferentes procesos de relación con las diferentes instituciones públicas y privadas que son relevantes para la vida de los consultantes.

- El PAPA y las formas de trabajo de la CTP son percibidos como una estrategia efectiva para enfrentar las barreras que generan las atenciones profesionales "tradicionales", en la medida en que se desdibuja progresivamente la relación vertical y de poder entre profesional y consultante a través del proceso de empoderamiento que estos últimos van experimentando al contar con espacios donde pueden expresar sus sentimientos y pareceres (como la asamblea de la comunidad o los colectivos), al mismo tiempo que van incrementando su propia conciencia de derechos sobre el tratamiento que reciben (lo que se ejemplifica en la posibilidad y la capacidad de discutir la pertinencia de los medicamentos o las dosis que se les recetan).

Lo anterior evidencia que lo colectivo/comunitario va produciendo una fuerza sinérgica que ayuda a construir ambientes que resultan acogedores para los consultantes. Aparece aquí como un concepto central la producción y el fortalecimiento de vínculos interpersonales, basados en el respeto por la dignidad del otro y el apoyo mutuo entre los miembros de la comunidad.

Esto va generando un sistemático contraste con el contexto y sus barreras, lo que redunda en una valoración sumamente positiva de la CTP y el PAPA y de los efectos que generan en los consultantes y su entorno. El problema o la tensión permanente que lo anterior implica, tiene que ver con las dificultades (y los temores y ansiedades) que produce el egresar de la comunidad, tanto para los consultantes como para su entorno más cercano, ya que en muchos casos no se logra generar la convicción de que realmente se cuenta con las herramientas para enfrentar las barreras del contexto.

De esta forma, la autonomía aparece más que como un estado permanente o una meta que se alcanza en algún momento, como un proceso constante de construcción y reconstrucción de vínculos entre el consultante y su contexto. Esto hace que en muchos casos no sea fácil para ellos "romper el vínculo" con la CTP, puesto que sus propios procesos de desarrollo de autonomía se fueron forjando y produciendo en el contexto de la Comunidad Terapéutica.

Si bien se constata que la red de salud pública aspira a la implementación de un modelo comunitario, también se observan una serie de dificultades para cumplir con estos propósitos, ya sea por los diseños institucionales, por los sistemas de evaluación y generación de incentivos (predominancia de metas de cantidad de casos tratados por sobre la calidad de los tratamientos), por la falta permanente de recursos, así como también por la falta de capacidades técnicas y profesionales en muchos de sus funcionarios, quienes no siempre cuentan con las herramientas y la preparación para enfrentar las situaciones con este tipo de enfoque. Todos estos factores están en la base de la tensión y/o ansiedad que permanentemente se produce entre los consultantes a la hora de enfrentarse a la institucionalidad de la salud pública, constituyendo una barrera de importancia fundamental para estas personas, en la medida que las temáticas de salud son centrales en sus vidas dado su condición de personas con una enfermedad mental, y debido a la existencia de una necesidad concreta de acceso a salud pública, producida por sus peores condiciones económicas y sociales, respecto a las personas sin discapacidad.

Del mismo modo, y en relación a que las instituciones de salud y sus miembros no se encuentran del todo preparados para tratar adecuadamente con personas con discapacidad mental, el entorno social más próximo a los consultantes tampoco lo está. Vecinos, compañeros de trabajo, organizaciones comunitarias, o como ya se dijo, incluso las familias, presentan serias dificultades a la hora de relacionarse con personas del perfil de los consultantes que acceden a la Comunidad. Muchas veces hay buenas intenciones y una disposición sincera para la inclusión de las personas con discapacidad en su entorno social, pero no se cuenta con las herramientas para saber cómo enfrentar esta relación. Se observa una carencia importante en capacitación, formación y comprensión del fenómeno.

Las barreras del entorno se presentan como una fuente de contradicciones permanentes para el equipo profesional de la Comunidad y para la estrategia terapeútica que utiliza. Hay un cuestionamiento constante respecto a los límites en relación a la responsabilidad y los mecanismos de intervención para modificar dichos entornos, producto que se enfrentan tanto a limitantes objetivas y materiales, como a limitaciones simbólicas, vinculadas a la concepción de lo que implica la discapacidad en los demás actores sociales. Como resultado de lo anteiror, el equipo de la Comunidad Terapéutica está en un constante intento por mejorar el proceso terapéutico que lleva a cabo, preguntándose constantemente cómo hacer acciones más efectivas y eficientes.

Las limitaciones materiales emergen como una preocupación al interior de la Organización, pero también como un espacio de discusión entre los consultantes y las familias, en relación a la insuficiencia de recursos, financieros y humanos, a los que accede la Comunidad. Las condiciones laborales en términos contractuales y de ingresos distan de estar en niveles adecuados, cuestión que se observa en varias instituciones externas que prestan servicios de apoyo a la red de salud. Esto impide muchas veces aumentar el equipo de trabajo, lo que merma la cantidad de tareas que se pueden ejecutar.

Cabe resaltar en este punto que a pesar de vivir esta realidad, la Comunidad Terapéutica diseña y lleva a cabo distintas estrategias para que la atención que realizan sea permanentemente de alta calidad y cumpla con los objetivos propuestos. Esto es un aspecto que destacan las redes institucionales comunales y también los familiares y consultantes.

Otra limitación que surge, de suma importancia, está relacionada con las intervenciones que el equipo profesional realiza en el entorno al cual están vinculados, donde se aprecia una permanente tensión entre el desarrollo de la autonomía de los consultantes y la posibilidad de dar respuestas más inmediatas a las necesidades, que pueden llevar a la emergencia de formas de intervención devenidas como asistencialistas. La preocupación por no bordear estos límites es permanente y ocupa un espacio importante dentro del diseño de las estrategias.

Dado lo anterior, dentro del equipo profesional de la CTP, las tensiones que van generando los procesos terapéuticos se van poniendo permanentemente en discusión y reflexión, lo que permite ir validando o rectificando los procedimientos y decisiones que se van implementando. Estos procesos se ven facilitados por dos factores internos del equipo que son fundamentales:Finalmente y en el marco de los desafíos a futuros, emerge la necesidad de explorar formas de organización y asociación que permitan a los consultantes combinar el ejercicio autónomo de su vida con la mantención de ciertos vínculos que actúan como factores protectores ante un entorno que difícilmente va a dejar de presentar las barreras mencionadas en el corto o mediano plazo. En ese sentido, formas de trabajo asociativo como las cooperativas podrían ser exploradas como mecanismos que les permitan a los consultantes y egresados desarrollar labores que puedan ser sustentados de manera independiente, pero que se adecúen de mejor forma a sus necesidades personales y colectivas para la mantención de vínculos y espacios de apoyo mutuo.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Amate, Alicia; Vásquez, Armando (Editores) (2006): *Discapacidad. Lo que todos debemos saber. Organización Panamericana de la Salud.*

Arenas, A. (2012): *Adulto Mayor, nuevas perspectivas para el desarrollo humano. Santiago, Chile. Ediciones Universidad Finis Terrae.*

Arenas, A. et al (2016): *Caracterización de las Figuras de Maltrato del Adulto Mayor en relación a la aplicación de la Ley N°20.427 derivadas a SENAMA Chile desde Tribunales de Familia Región Metropolitana 2010-2012. Artículo publicado en el libro Diversidad cultural y el envejecimiento en el marco de la comunidad y familia. Edita Red Larna, Oxford,* Buenos Aires, 2016.

Banco Mundial (2012): *Informe sobre el desarrollo mundial 2013. Panorama general: Empleo. Washington, DC. Banco Mundial.*

Biblioteca del Congreso Nacional (2016): *Leyes por tema: Discapacidad. Disponible en:* https://www.leychile.cl/Consulta/listado_n_sel?_grupo_aporte=&sub=784&agr=2&comp= (Revisado en marzo de 2017).

Código Civil de la República de Chile (2014): *Santiago. Editorial Jurídica de Chile.*

Código Penal del la República de Chile (2014): *Santiago. Editorial Jurídica de Chile.*

Congreso Nacional de Chile (2004): *Ley N°19.968 que Crea los Tribunales de Familia.*

Congreso Nacional de Chile (2006): *Ley N°20.120 sobre Investigación Científica en el ser humano, su genoma y prohíbe la clonación humana.*

Congreso Nacional de Chile (2008): *Ley N°18.600 que Establece normas sobre deficientes mentales*

Congreso Nacional de Chile (2010): *Ley N°20.422 sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de las personas con discapacidad.*

Congreso Nacional de Chile (2010): *Ley N° 20.427 Modifica la Ley N° 20.066, de violencia intrafamiliar, y otros cuerpos legales para incluir el maltrato del adulto mayor en la legislación nacional.*

Congreso Nacional de Chile (2012): *Ley N°20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con accciones vinculadas a su atención en salud.*

Consejo de Derechos Humanos, 31° Período de Sesiones (2016): *Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad. Naciones Unidas.*

CORDES - Comunidad Terapéutica De Peñalolén (2015): *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. CORDES-SENADIS.*

Corral, H (2011): *Interdicción de personas que sufren trastorno de dependencia a la cocaína. En Revista de Derecho, Vol. XXIV, N°2, diciembre 2011, p. 31-64.*

Custo, Esther (2008): *Salud Mental y Ciudadanía. Una Perspectiva desde el trabajo social. Espacio Editorial,* Buenos

Aires, Argentina.

Guajardo, Alejandro et al. (2016): *"Diálogos Colectivos en torno a la autonomía de personas en situación de dependencia", Editorial USACH.*

Ministerio de Desarrollo Social (2015): *Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional 2015. Base de Datos. Disponible en* http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/index.php (Revisado en marzo de 2017).

Ministerio de Desarrollo Social (MIDESO) (2015): *Informe de Desarrollo Social 2015. Disponible en:* http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/upload/IDS2.pdf (Abril, 2017).

Ministerio de Desarrollo Social (MIDESO), Naciones Unidas (ONU) (2014): *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Cuarto Informe del Gobierno de Chile.* Santiago, Chile.

Ministerio de Salud, Departamento de Salud Pública Pontificia Universidad Católica de Chile (2008): *Informe Final Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible, Chile 2007. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud.*

Ministerio de Salud (2009-2010): *Encuesta Nacional de Salud Chile 2009-2010. Disponible en* http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf (Revisado en noviembre de 2016).

Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria (2015): *Orientaciones Técnico Administrativas del Programa de Atención Integral de Salud Mental en Atención Primaria.*

Ministerio de Salud (2017): *Plan Nacional de Demencias. Ministerio de Salud.*

Montero, Maritza (2004): *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos. Editorial Paidós. Primera Edición.* Buenos Aires. Argentina.

Organización de Estados Americanos (OEA) (1999): *Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad. Guatemala*, Guatemala.

Organización de Estados Americanos (2004): *Declaración de Montreal sobre discapacidad intelectual.*

Organización de Estados Americanos (2015): *Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores.*

Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2004): *Declaración de Montreal sobre discapacidad intelectual.* Montreal. Canadá.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016): *OMS. Discapacidad y Salud.* http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/ *(URL) (Marzo, 2017).*

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001): *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Versión abreviada. Edición: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Grafo, S.A.*

Organización Mundial de la Salud (OMS), Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2005): *Hacia*

un marco conceptual que permita analizar y actuar sobre los determinantes sociales de la salud. Documento de trabajo de la comisión sobre determinantes sociales de la salud.

Organización Mundial de la Salud (OMS), Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008): *Subsanar las desigualdades de una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011): *Informe Mundial sobre Discapacidad. OMS, Banco Mundial*. Malta.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012): *Rehabilitación Basada en la Comunidad. Guías para la RBC. Ediciones de la OMS*, Ginebra, Suiza.

Organización Mundial de la Salud (2008): *Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental: mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Organización Mundial de la Salud. Suiza: Publicaciones de la OMS.*

Organización Mundial de la Salud (2012b): *La buena salud añade vida a los años. Información general para el Día Mundial de la Salud 2012. Organización Mundial de la Salud. Suiza: Publicaciones de la Organización Mundial de la Salud*.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2006): *Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. OMS*, Ginebra, Suiza.

Organización de Naciones Unidas (ONU) (2008): *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Oficina del Alto Comisionado para los derechos humanos*. Nueva York, Ginebra.

Organización de Naciones Unidas (1991): *Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental*.

Organización de Naciones Unidas (2006): *Convención sobre los Derechos de la Personas con Discapacidad*.

Organización Panamericana de la Salud (2011): *Marco de Referencia para la Implementación de la Estrategia Regional en Salud Mental. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud*.

Organización Panamericana de la Salud (2013): *Demencia: una prioridad para salud pública, Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud*.

Restrepo, Diego, Jaramillo, Juan (2012): *Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquía. Colombia. Vol. 30, no. 2, pp. 202 – 211*.

Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS) (2006): *Discapacidad en Chile. Pasos hacia un modelo integral de funcionamiento humano. Fondo Nacional de la Discapacidad*, Santiago, Chile.

Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS) (2013): *Política Nacional para la Inclusión Social de las Personas con Discapacidad 2013-2020. Chile.*

Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS) (2015): *Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad. Un nuevo enfoque para la inclusión. Gobierno de Chile, Ministerio de Desarrollo Social. Disponible en:* http://www.senadis.gob.cl/sala_prensa/d/noticias/5255/informacion-sobre-el-ii-estudio-nacional-de-la-discapacidad (Marzo, 2017).

Vicente, Benjamín, Saldivia, Sandra, Pihán, Rolando (2016): *Prevalencias y Brechas Hoy: Salud Mental Mañana. Acta Bioethica 2016; 22 (1): 51-61*.

Vicente, Benjamin et al. (2006): *Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study. American Journal Psychiatry, Agosto 2006; 163:1362–1370*.

WHO (2015): *Mental Health Atlas 2014, country profile. Ginebra. Disponible en* http://www.who.int/mental_health/evidence/atlasmnh/ (Revisado en enero de 2017).