



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

 **Facultad de
Psicología**
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

**“¿De qué hablamos cuando hablamos de
Inclusión Social en Salud Mental?
Significados desde la perspectiva de
Profesionales, Academia y Política
Pública en Chile”**

Para optar al Título de Magíster en Psicología Social

**Directora de Tesis
Prof. Tit. Mag. Alicia Rodríguez**

Lic. María Paz Martínez Rubio

Montevideo, Uruguay

2015

Quiero agradecer a todo el mundo. Porque la gente nunca sabe cuándo ni cuánto pega, pero lo hace y sin todo ese mundo, esta tesis no habría sido posible. Y sí, es aburrido, pero ustedes no saben que esto es lo último que estoy escribiendo (y no lo primero como aparece acá), así que me doy esa licencia después de 141 páginas.

Agradezco a la Facultad de Psicología de la Universidad de la República por haberme dado el cupo de extranjeros/as para poder hacer una Maestría que en mi país (Chile) no habría podido hacer, por no tener la plata para hacerla. Agradezco a Alicia Rodríguez, por su paciencia y guía en todo este proceso, mucho más allá de las cuestiones académicas. A los/as docentes, por el compromiso.

Gracias a todos/as mis compañeros/as de Maestría, aprendí mucho de ustedes. Gracias especiales a Andrés, Javi, Jessica, Eliane, Leticia. A mis compañeras del grupo de estudios de maestrandas, por las horas y horas de conversación (y contención). También, a todas las personas que he conocido en distintas instancias de formación, como estudiantes o docentes o compañeros/as o administrativos/as o lo que fuere, han hecho de esas instancias formales, espacios de aprendizaje.

A la Radio Vilardevoz, por permitirme ser parte. A Cecilia Baroni, por su tremenda entrega. A la Asamblea Instituyente por Salud Mental y Vida Digna, por mostrarme que es posible.

A Sur Palermo, por la oportunidad de desempeñarme como trabajadora social en rehabilitación en Uruguay.

A mis amigos/as-Familia de Uruguay, especialmente a Ana Bachini, Pablo Silveira y Andrea Espinel. También a mis amigos/as de México (y los de otros lados, que conocí en México como familia). A toda la gente con la que he vivido, en cualquier parte.

A mi amigos/as de todos los lugares y todos los tiempos, a la Janne, el Nico, el Edu, la Ale, Camilo, al franco Franco, Eric, Ilse, Pipeño.

A la Corporación Bresky antigua, a Nelly Günther, Lissete Tricot y las personas que ahora continúan la senda. A mis compañeros/as del Hospital Diurno Infante Juvenil. Al equipo lindo del Departamento de Salud Pública de la Universidad Católica de Chile, a Jaime Sapag por creer y a Camila Montecinos, que es una genia absoluta.

A mi familia, por cuidarme y – al mismo tiempo - dejarme andar.

A No Toques al Gato, por las locuras. A la Fritanga, por enseñarme a querer. A Gonzalo, por ser la investigación experimental de mi aprender a querer.

ÍNDICE

I. Presentación	6
II. Capítulo Primero: Fundamentación y Antecedentes	8
III. Capítulo Segundo: Marco Teórico	15
▪ I Referentes teóricos y conceptuales	16
▪ II Política Social de Salud Mental en Chile	30
IV. Capítulo Tercero: Diseño de Investigación	35
▪ Punto de Inflexión: Implicancias ético políticas y cambio de rumbo de la Tesis de Magíster	37
V. Capítulo Cuarto: Resultados y Análisis	53
▪ Conceptualización de Inclusión Social	55
▪ Inclusión Social desde la Política pública en salud mental y discapacidad mental de causa psíquica	79
▪ Búsqueda de una posible Relación entre Rehabilitación e Inclusión Social	96
▪ ¿Prácticas o discursos inclusivos/as?	102
VI. Capítulo Quinto: Hallazgos y Reflexiones Finales	108
VII. Bibliografía	127
VIII. Anexos	133

RESUMEN

La presente tesis pretende analizar el constructo de inclusión social mediante la exploración de los sentidos y significados que profesionales de servicios de salud mental, académicos que se desempeñan en Salud Mental y la Política Pública de Salud Mental y Discapacidad en Chile le asignan al fenómeno.

El cuestionamiento surge dado el vacío teórico existente, por el énfasis desde la política pública de iniciativas de inclusión social en la región y por la concepción de este fenómeno como *imperativo* (Spandler, 2007) en el campo de la salud mental.

Esta investigación se desarrolló desde una metodología cualitativa, que utilizó como técnicas la entrevista activa a profesionales de servicios de salud mental y académicos que desempeñan labores de investigación en el área, y el análisis documental del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria y la Ley 20.422 de Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad. Se llevó a cabo en el cono sur, específicamente en Chile.

Los resultados se dividen según los Objetivos Específicos del estudio. Primero, los referidos a la conceptualización de Inclusión Social, en términos de definición, dimensiones y opiniones de los/as entrevistados/as. Luego, Inclusión Social desde la Política pública en salud mental y discapacidad mental de causa psíquica. Posteriormente, Búsqueda de una posible Relación entre Rehabilitación e Inclusión Social. Y para terminar este apartado, se indaga la presencia de Prácticas y/o discursos inclusivos/as en el discurso de los/as entrevistados/as.

Para concluir esta tesis, se presentan Hallazgos de investigación a modo de contenidos emergentes y se realizan Reflexiones finales, reflejando los aprendizajes de esta investigación - experiencia y temáticas surgidas con miras a la continuidad de este proceso de investigación.

Palabras Clave: Salud Mental – Inclusión Social – Profesionales y Académicos – Política Pública

ABSTRACT

This thesis pretends to analyze the social inclusion construct, by the exploration of the meanings that professionals of mental health services, academics that work in the mental health field and the Mental Health and Disability Chilean Public Policy give to the phenomenon.

The questioning rises due to an undeveloped theoretical perspective, the emphasis from public policy in social inclusion initiatives in the region and because of the conception of the phenomenon as an *imperative* (Spandler, 2007) in the mental health field.

This study is a qualitative investigation. To conduct this research, I performed interviews to professionals that work in mental health services and academics that have as investigation field mental health. Also, I did documentary analysis of Public Policy of Mental Health and Disability, Mental Health and Communitarian Psychiatry National Plan and Law 20.422 "Equal Opportunities and Social Inclusion of People with Disability". The study was developed in Southern Cone, specifically in Chile.

The results section is order according to the Specific Objectives of this research. First, the results relative to conceptualization of Social Inclusion are presented, in terms of definition, dimensions and opinions from the interviewed people. Followed by the analysis of Public Policy, especially looking for meanings of Social Inclusion from the view of mental health and psychical disability documents. After that, a search of a possible relation between Rehabilitation and Social Inclusion is presented. And to end this section, I try to discover the presence of inclusive narratives and/or practices in the discourse of the people interviewed.

In a concluding section, the Findings of the investigation are presented, as emerging contents, and Final Thoughts to reflect the learning of this research – experience and rising themes that allow the continuing this investigation process.

Keys Words: Mental Health – Social Inclusion – Professionals and Academics - Public Policy

PRESENTACIÓN

La presente tesis representa un esfuerzo por conocer la impresión de profesionales que se desempeñan en servicios de salud mental, académicos que centran su acción en algún área de la salud mental y Política Pública de Salud Mental y Discapacidad, respecto del concepto de Inclusión Social. Se explora su narrativa desde la conceptualización que de esta palabra manejan, así como su opinión sobre este constructo, respecto al reconocimiento de prácticas o discursos alusivos a dicho concepto y el contexto en el que se rescatan. Asimismo, se indaga sobre los actores relevantes en el proceso, la conexión entre Rehabilitación Psicosocial e Inclusión Social, y su relación con Políticas Públicas.

Esta investigación cualitativa encuentra su relevancia en el intento por indagar en mayor profundidad este constructo en boga en la Política nacional en Chile – la Inclusión Social – no sólo a nivel discursivo, sino que explícitamente puesto como objetivo de la mayor parte de programas y planes en temáticas de Desarrollo Social, Salud y Discapacidad.

El documento a presentar ha sido estructurado de la siguiente manera:

En el Capítulo Primero, **Fundamentación y Antecedentes**, se encuentran los argumentos que sustentan el interés por desarrollar una investigación respecto de esta temática, así como estudios que indagan cuestiones que sirven como aporte para pensar el desarrollo de la tesis.

En el Capítulo Segundo, **Marco Teórico**, se revisan los Referentes teóricos y conceptuales asociados a la temática, entre ellos los relativos a la Exclusión/Inclusión, y a este proceso en clave de Salud Mental. Por otro lado, los Referentes en Política Social de Salud Mental en Chile, que contextualizan las Políticas Sociales que son analizadas en el presente estudio.

El Capítulo Tercero, **Diseño de Investigación**, presenta el problema, los objetivos, y las decisiones metodológicas asumidas desde la definición de este estudio en un marco cualitativo. Este Capítulo tiene un apartado llamado **Punto de Inflexión**, donde se describe la modificación del Proyecto de Tesis original, debido a la contingencia surgida en el trabajo de campo.

En el Capítulo Cuarto, **Resultados y Análisis**, se develan los productos obtenidos a través de la implementación del empleo de los instrumentos e información recogida a lo largo de este estudio. Se presenta ordenado según objetivos específicos, para facilitar la

lectura y dar cuenta del cumplimiento o no de éstos, incorporando también los elementos emergentes que surgieron.

El Capítulo Quinto, **Hallazgos y Reflexiones Finales**, se presentan reflexiones respecto al proceso de investigación como experiencia, así como hallazgos e ideas emergentes no contempladas en la realización de este estudio. Para concluir, se exponen los principales aprendizajes obtenidos por la maestranda y los elementos que generaron una apertura, que dan pauta para crear nuevos procesos de investigación, planteando la temática de Procesos de Exclusión/Inclusión en Salud Mental como línea de trabajo y desarrollo.

Capítulo Primero: Fundamentación y antecedentes

FUNDAMENTACIÓN Y ANTECEDENTES

Existen numerosos autores/as que abordan la problemática de la exclusión de personas *afectadas por enfermedades mentales*¹, incluyendo algunos trabajos clásicos (Goffman, 1961; Foucault, 1964). Estos estudios, de los cuales se encuentran antecedentes tanto en Uruguay (Techera, Apud y Borges, 2009; Cano, 2011) como en Chile (Chuaqui, 2005; Sepúlveda, 2006; Parada y Garriz, 2010), han documentado cómo las personas con “enfermedad mental” han sido institucionalizadas y perdido su status como sujetos con derechos. Además, han sido sujetos de prejuicio, discriminación y desconocimiento lo que ha conducido al etiquetamiento, a la creación de mitos y a la segregación de aquellos afectados por ésta.

El presente proyecto pretende abordar estas situaciones a la luz de los cambios de perspectiva que en la actualidad se vienen gestando a nivel de servicios de salud mental, y específicamente en el énfasis dado a los procesos de “exclusión/inclusión social”, como forma de subsanar las condiciones de marginación y buscar la equidad de los grupos socialmente excluidos (Villalobos y Zalakain, 2010). Actualmente se vuelve común el término inclusión social, siendo prioridad en la agenda de los gobiernos, expresados a nivel de Política Pública en planes, programas y proyectos que la tienen como objetivo.

A modo de ejemplo, encontramos la creación en Chile del Servicio Nacional de Discapacidad (SENADIS) en el año 2010 cuya misión es “Velar por la igualdad de oportunidades, la **inclusión social**, el respeto de los derechos, la participación en el diálogo social y la accesibilidad de las personas con discapacidad y su entorno” (SENADIS, 2010). En el caso de Uruguay, el Programa Nacional de Discapacidad (PRONADIS, 2012) creado en el año 2007, cuenta entre sus objetivos específicos el “Coordinar, asesorar, promover y difundir todas aquellas acciones que contribuyan directa o indirectamente a la *inclusión* de las personas con discapacidad”. Ambas instituciones, abordan la temática de la salud mental en la forma de “discapacidad mental por causa psíquica” y “discapacidad mental”, respectivamente.

Se observan importantes vacíos conceptuales en el término inclusión social (Villalobos y Zalakain, 2010), lo que provoca su cuestionamiento teórico. Es empleada como el antónimo de **exclusión**, como sinónimo de **integración social** o bien como componente de **cohesión social**. Llama la atención esta imprecisión, considerando lo extendido que se ha vuelto su uso en ámbitos académicos, de política pública y a nivel social en general “A

¹ Término con el cual se refiere a las personas la Comisión de Protección de Personas Afectadas por Enfermedades Mental, en Chile.

pesar de que el término se usa profusamente a escala internacional, no existe un consenso real sobre lo que significa la inclusión social” (Britton y Casebourne, 2002, en Villalobos, 2010, p.25).

Estos cambios de perspectiva surgen acompañados de una política de desinstitutionalización y salud mental comunitaria con preocupación por la exclusión social de *pacientes psiquiátricos*. De a poco, hemos visto la incorporación de la **Inclusión Social** como objetivo de la política pública y giro discursivo a nivel social, con presencia en el cono Sur. En Uruguay, acontecen a raíz de una serie de pasos previos “Entre ellos el desarrollo del Plan Nacional de Salud Mental (1986), la humanización de los tratamientos, la descentralización de los servicios asistenciales, la creación y desarrollo de la Red de Salud Mental y la mejora de los tratamientos psicofarmacológicos” (Del Castillo, 2011, p. 84). En tanto en Chile tienen relación con la creación del Plan Nacional de Salud Mental, que dispone la prohibición de la creación de hospitales psiquiátricos y la reducción de presupuesto de los ya existentes, la creación de centros comunitarios de salud mental (COSAM) en todo el territorio nacional, la adopción del modelo comunitario de salud mental y el establecimiento de equipos interdisciplinarios y comunitarios de salud mental (MINSAL, 2000) entre otros. Junto con la reestructuración de servicios, esta reforma, conlleva la ampliación de los niveles de intervención en salud históricamente centrados en el tratamiento. Esta ampliación promueve la atención integral en el área, añadiendo el abordaje de la promoción, prevención y rehabilitación en salud mental.

El diseño e implementación de Políticas Públicas inclusivas supondría una construcción colectiva de todos los actores involucrados. Esto involucra tanto a profesionales (como encargados/as de llevar a la práctica las Políticas Públicas), como a la Academia (como productora de conocimiento, brindando fundamentos para la elaboración de éstos y promotora de procesos de evaluación y mejora continua de la Política Pública), como a las personas que formulan la Política, y a quiénes está dirigida dicha Política.

Es aquí donde el proyecto encuentra su relevancia académica y social. Académicamente relevante por su potencial aporte al vacío conceptual mencionado anteriormente. Y porque la mayoría de los estudios en el área de la salud mental refieren a la identificación de trastornos, la eficacia de servicios, los factores de riesgo, tienen objetivos de planificación (Fernández, 2009) o bien miden actitudes u opiniones de la población en general (Chuaqui, 2002, 2004, 2005; Zarate, C., Ceballos, M., Contardo, M y Florenzano, R., 2006).

Existen además implicancias prácticas. Esta investigación podría contribuir a la observación de la pertinencia y coherencia entre el discurso dado desde la Política Pública, la academia que aporta a su construcción y evaluación, y el de quienes luego serán encargados/as de ejecutar esta Política, que tienen contacto directo con usuarios/as de servicios de salud mental. De esta manera, se podría aportar a los procesos de reforma que se viven en el ámbito de la salud mental.

Al ser parte fundamental de la red de actores involucrados/as, el proyecto inicial buscó visibilizar las narrativas de los/as usuarios/as de servicios salud mental respecto a la temática, pues generalmente las impresiones y significados sobre estas políticas por parte de quienes están directamente involucrados tienden a pasar a segundo plano. Esto no pudo realizarse, debido a protocolos de investigación que indican evaluación de capacidad de personas que han sido diagnosticadas con una patología psiquiátrica y posterior solicitud de permisos a autoridad sanitaria y familiares, antes de poder acceder a realizar investigación con “personas con discapacidad mental de causa psíquica”, como establece el artículo 28 de la Ley 20.584 que Regula los derechos y deberes que las personas tienen en relación con acciones vinculadas a su atención de salud, lo que será presentado en el Diseño de Investigación.

Por ello, el foco de esta investigación estuvo puesto en profesionales de servicios de salud mental que tengan como objetivo la Rehabilitación Psicosocial, por la propuesta de abordaje integral de estos dispositivos y su desarrollo en los últimos años tanto por iniciativa de Ministerios de Salud Pública, como de Organismos no Gubernamentales (Curbelo, Del Castillo, Pardo, Regazzoni, Grunbaum y Kaplan, 2002; Pérez, 2009).

Además, por ser organizaciones que desarrollan programas que guardan directa relación con la inclusión social, siendo también diverso el modo de conceptualizar Inclusión y el abordaje de ésta (como objetivo, como perspectiva de trabajo, etc.). Como abordaremos en el marco teórico, una de las perspectivas, es la de integración social:

La integración y la rehabilitación son mutuamente determinantes. La rehabilitación sólo tiene sentido junto con la integración. Es cierto que todas las actividades de rehabilitación deberían significar integración. No sería cierto, sin embargo, decir que la integración sólo se puede llevar a cabo con la rehabilitación. (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2003, p.11).

También, se buscó académicos que se desempeñaran en líneas de investigación no biomédicas, sino que digan relación con exclusión, estigma e inclusión social, para poder relevar información atinente y productiva para la temática de investigación.

Se prevé la falencia de lo que socialmente pudo haber sido muy relevante: rescatar la voz de los/as usuarios/as de servicios de salud mental, quienes viven situaciones de exclusión social, en áreas significativas como son el ámbito laboral, con sus grupos primarios y en la atención brindada en los servicios de salud hasta la actualidad (Martínez, 2009). Al deber realizar el cambio del proyecto de tesis inicial que se describirá en un apartado a continuación, no se pudo contribuir a la visibilización de este fenómeno desde la *vivencia e interpretación* de personas que han sido diagnosticadas con una patología psiquiátrica:

La exclusión es un fenómeno que, siendo construido socialmente, afecta a personas individuales, no sólo en el ejercicio mermado o negado de sus derechos, sino que afecta a la construcción de su identidad, a su ser en el mundo. De ahí la importancia de no limitar el estudio de la exclusión a descripciones o cuantificaciones externas de la misma, y la necesidad de abrir el ámbito de estudio a la dimensión personal y subjetiva, a la vivencia e interpretación, que de la propia situación tienen las personas en situación de exclusión. (Parrilla, 2009, p.106)

Queda pendiente el incorporar a usuarios/as de servicios de salud mental a los ámbitos de estudios de exclusión/inclusión. Sin embargo, como antecedente de análisis de Políticas Públicas en clave de exclusión social de personas diagnosticadas con una patología psiquiátrica, a través de las visiones los principales actores involucrados/as y receptores de dicha política, se presenta el Encuentro “Enfermedad Mental, Derechos Humanos y Exclusión Social” (Universidad Central, 2005), donde profesionales del Ministerio de Salud; equipos de salud mental; usuarios/as y familiares exponen su perspectiva respecto del modelo comunitario, la situación actual de la atención en servicios de salud mental en Chile, entre otros, lo cual fue sistematizado en un texto que devela las posturas divergentes y los consensos entre las partes.

Los *profesionales*, tanto del Ministerio de Salud, como de equipos de Salud Mental, centran su discurso en aspectos como la falta de incentivos para los equipos de salud, y la rigidez del sistema público de salud, en el cual generar un cambio de perspectiva como el planteado en el Plan no resulta tarea fácil, lo que a su vez produce frustración en los equipos. Plantean demandas laborales, como la contratación inestable, la insuficiente formación en trabajo comunitario, lo cual les dificulta la tarea de realizar sus actividades bajo el modelo comunitario impuesto y la mala distribución de recursos, tanto humanos como financieros, diferenciando como privilegiadas a las regiones quinta y metropolitana.

Por su parte, los/as *usuarios/as* y *familiares*, priorizan aspectos relacionados con los Derechos Humanos y el respeto a la persona que ha sido diagnosticada con una patología psiquiátrica. Sus dos grandes demandas son: Acceso a medicamentos de última tecnología en forma gratuita en el sistema público y el ámbito laboral. Éste último expresado en la solicitud de modificaciones a la ley de pensiones solidarias de invalidez por causa psíquica para aumentar la posibilidad de mejora en el ingreso, modificaciones legales que indiquen al empleador un porcentaje de trabajadores con discapacidad para la inclusión en su empresa, y finalmente el apoyo a las empresas sociales que, según indican, ha sido deficitario en relación a lo expresado en el Plan Nacional, relacionado esto con el apoyo en cuanto financiamiento destinado a este tipo de organizaciones.

Ambos tipos de actores (profesionales por una parte, usuarios/as por otra) *coinciden* en ciertos puntos, primero y no explícitamente (por parte de los/as usuarios/as), en cuanto a falencias en la llamada “intersectorialidad”, interpretada del discurso de usuarios/as quienes refieren los desafíos que enfrentan en distintos ámbitos como educación, trabajo, entre otros. Con lo cual, se forma la conclusión general de la necesidad de mayor coordinación entre sectores y mayor compromiso político, particularmente en medidas legislativas, que promuevan el carácter integral de este Plan, con la finalidad de respetar los derechos de las personas que han sido diagnosticadas con una patología psiquiátrica en cada uno de los requerimientos de la vida diaria.

Se converge también en la preocupación por el estigma y la discriminación, destacando la importancia que las asociaciones de usuarios/as y familiares brindan a la **Comunicación Social**, indicador del cual reconocen (ellos/as y los profesionales de Salud Mental) se ha tenido casi nulos resultados, siendo un elemento clave en la lucha contra la estigmatización y la discriminación.

Finalmente, *concuerdan* además en los problemas de financiamiento, en que el presupuesto no es suficiente en comparación a los esfuerzos que han debido realizar para impulsar el funcionamiento de este Plan, ya que si bien ha aumentado progresivamente el porcentaje de presupuesto asignado para salud mental del total presupuestario del Ministerio de Salud, este no ha alcanzado la tasa de crecimiento necesaria para llegar al 5%, meta que se planteó en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría para el año 2010 y que para el 2015, aún no se cumple, manteniendo un 2,16% del presupuesto total de salud (WHO AIMS, 2014).

En conclusión, si la inclusión social se ha tornado un “imperativo” (Spandler, 2007) en las instituciones, los planes, programas y proyectos gubernamentales tanto de Chile,

como de Uruguay – y si no existe consenso teórico respecto del término utilizado – se vuelve necesario conocer cuáles son las percepciones e ideas de aquellos que participan en el diseño, la elaboración, la ejecución y evaluación de dichas instancias.

Capítulo Segundo: Marco Teórico

El loco es el portador de la verdad y la cuenta de un modo muy curioso. Porque sabe muchas más cosas que los que no están locos: tiene una visión de otra dimensión

Michel Foucault

a. Referentes teóricos y conceptuales

1. Exclusión/Inclusión social

Se ha declarado previamente que existe un vacío conceptual en torno a la inclusión social, fenómeno que no atañe a la exclusión, sobre la cual existe un amplio bagaje académico (Spandler, 2007). Para abordar estos constructos se analizará el contexto socio histórico en el que surgen y los cambios acontecidos, dada su cercana relación con factores económicos y políticos.

Asistimos a una serie de movimientos que intentan ampliar la perspectiva respecto de estos conceptos. Un primer movimiento, implica la sustitución en el uso de la palabra *pobreza* por la de *exclusión*, que se vislumbra a partir de los años ochenta por parte de la Comisión Europea (Subirats, Alfama y Obradors, 2009).

Este cambio se realiza en el contexto de la Europa capitalista, como crítica al constructo de pobreza como un indicador meramente económico, que se define en cuanto ingreso o remuneración, se centra en las carencias materiales y pone el énfasis en la satisfacción de necesidades básicas de la población. Es decir, como un fenómeno estático (Boulos, Laczynski, Tedeschi, Vásquez y Aquino, 2011).

Mediante el pasaje hacia el concepto de exclusión social se intenta ampliar la mirada, al integrar elementos para el análisis, como el contexto en que la persona se desenvuelve, las redes sociales que establece o la falta de éstas y

Otros aspectos como la discriminación, la estigmatización, el rechazo social o la debilidad en las redes interpersonales que contribuyen, refuerzan o alimentan las dinámicas de expulsión u obstaculización del acceso a determinados espacios, derechos o relaciones sociales que son el único medio para alcanzar ciertos recursos. (Subirats et. al., 2009, p.2)

Ahora bien, un segundo movimiento sería el que relaciona este concepto con un proceso en el cual un individuo o colectivo “excluido”, podría realizar un tránsito hacia otro estado donde no se encuentre en tal situación, conformando así una primera forma de definir la **inclusión social**: como antónimo de exclusión: “en un reciente documento elaborado para Naciones Unidas, Atkinson y Marlier (2010) definen la inclusión social como “el proceso por el cual las sociedades combaten la pobreza y la exclusión” (Villalobos y Zalakain, 2010, p.35).

Otra forma de conceptualización está dada por la relación que la *integración social* tiene con la inclusión social, diferenciando en esta última la influencia que la apertura y receptividad del sistema tienen para el logro de una mayor autodeterminación de las personas (CEPAL, 2007).

Un tercer movimiento sería el que sitúa a la inclusión social desde una *perspectiva de derechos*, en cuanto al “acceso garantizado a la ciudadanía y a los derechos económicos, políticos y sociales correspondientes a la misma, así como las posibilidades de participación efectiva en la esfera política” (Subirats et. al., 2009, p.6)

2. Exclusión social y salud mental

Existen numerosos estudios respecto de la exclusión social aplicada al campo de la salud mental, encontrándose algunos trabajos clásicos.

Foucault (1986) analiza una de las figuras más simbólicas en el abordaje de exclusión y salud mental: la Nef des Fous. Nave de los locos, antípoda del encierro, será depositaria de un grupo de sujetos errantes que vivirán la expulsión colectiva por ser catalogados como “insensatos”. Desterrados de su territorio, condenados a la incertidumbre de la navegación y en el mejor de los casos a deambular por pueblos donde no son bienvenidos, los pasajeros de la nave de los locos vivirán una reclusión particular, no serán sujetos a una condición estática, sino en su movimiento serán “puestos en el interior del exterior e inversamente, posición altamente simbólica, que seguirá siendo suya hasta nuestros días” (Foucault, 2004, p.25). Navegación simbólica, pero que constituye una medida de control social, en tanto busca liberar a las ciudades de estos insensatos.

Así el autor analizará también al encierro en instituciones como la prisión y los manicomios, utilizando el *panóptico* de Bentham, como el espacio de intersección entre un modelo de encierro que aísla y un modelo disciplinario de control que estudia, clasifica y castiga basado en la norma social (Techera, Apud y Borges, 2009).

A través de sus obras realiza una crítica transversal al sistema psiquiátrico y a la exclusión experimentada por las personas que han sido diagnosticadas por una patología psiquiátrica por parte de la sociedad en su conjunto, afirmando que el imaginario social de la salud mental como la entendemos es una concepción, una creación *social*, afirmando que

La locura no se puede encontrar en estado salvaje. La locura no existe sino en una sociedad, ella no existe por fuera de las formas de la sensibilidad que la aíslan y de las formas de repulsión que la excluyen o la capturan (Foucault, 1960).

Por tanto, los fenómenos relacionados a la exclusión social toman aquí sentido, por encontrarse la *enfermedad mental* como una categoría social (y jurídica) que conforma una minoría que no sólo es aislada por su naturaleza, sino castigada por sus consecuencias hacia la sociedad, principalmente a través de las instituciones de salud y justicia. Para el autor, la exclusión comienza desde el discurso, en el trato que se les brinda desde el lenguaje a las personas diagnosticadas con una patología psiquiátrica. Generalmente, comienza en la nominación hacia estas personas, en palabras de Foucault (2004):

Conceptos adjetivos para referirse a los locos: “insensatos”, “hombres dementes”, “gentes de espíritu alienado”, “personas que se han vuelto totalmente locas”, pero la palabra que con más frecuencia se utilizaba en los libros de los internados para señalar y simbolizar a la locura es la de “furiosos”. (Foucault, 1960)

Es por ello que en esta tesis se denomina a los/as *pacientes psiquiátricos* como **Personas(1) que han sido diagnosticadas(2) con una patología psiquiátrica(3)**, como acto ético político. (1) Esta construcción propia, apunta a reivindicar el carácter de persona, frente a la naturaleza medicalizada de *paciente*. Esta concepción entiende que el sujeto del que hablamos (2) *ha sido diagnosticado*, es decir ha pasado por una evaluación y otro (un/a profesional) ha realizado este acto clínico de elaborar un diagnóstico. Esto le da una naturaleza procesual, no de condición constitutiva de identidad (*el/la esquizofrénico/a*). Habla también de una realidad un tanto azarosa, pensando que la designación de una etiqueta psiquiátrica puede ser (o no) determinada por un momento, un/a profesional en particular, lo que se ve reflejado en los múltiples cambios diagnósticos a las que son expuestas las personas usuarias de servicios de salud mental. Es diagnosticada (3) una patología psiquiátrica porque aún se elabora este proceso en los servicios de salud mental desde las concepciones diagnósticas psiquiátricas (en salud pública se utiliza principalmente el CIE 10, también el DSM – V). Esto quiere decir que aún no hay proceso en el cual se pueda concebir la psicosis como una experiencia humana, subjetiva y por tanto no exclusivamente patológica, abriéndose también a la posibilidad de visibilizar esta experiencia no como *padecimiento*.

Conectando con estudios clásicos basados en experiencias de encierro se encuentra a Goffman (2001), quien en su investigación al interior de un hospital psiquiátrico define las prácticas arraigadas en el modelo asilar denominándolo como una *institución total*. Ésta será

analizada en lo que a sus características institucionales, del personal que en él se desempeña y la situación social de los pacientes internos, refiere. Este último punto alude a una construcción desde la perspectiva de los denominados *internos*. En este sentido el autor describe cómo las condiciones de la institución total, en donde hace alusión al disciplinamiento autoritario, a la rutina y vacío en cuanto a percepción del tiempo, al juego de roles y status entre los actores involucrados, tienen consecuencias para la persona internada como la *mutilación del yo* y el comienzo de una escalada de configuraciones internas que Goffman (2001) definirá en etapas: la del pre-paciente y la de paciente. Expresa:

La índole de la naturaleza del paciente se redefine de tal modo que, en los efectos, sino en la intención, se lo convierte al fin en la clase de objeto sobre el cual puede realizarse un servicio psiquiátrico. Cuando se hace de una persona un paciente, es para hacer del paciente a continuación un objeto de servicio. La ironía es que haya tan poco servicio disponible una vez hecho esto (p.372)

Estos autores coinciden en la mirada desde la jerarquía y la autoridad de instituciones públicas en la administración de, lo que en términos generales, serían sus vidas. Castel (1984) aporta al respecto, desde su análisis en las reformas de salud mental en Francia centrado en la psiquiatría de sector y la influencia del psicoanálisis, el término *gestión de los riesgos sociales*, definido como una “administración autoritaria, aún directamente orquestada por el Estado, de poblaciones con *nivel de riesgo* a partir del establecimiento de un perfil que ordena para ellas los trámites sociales que se verán obligadas a realizar” (Castel, 1984, p. 13).

Inclusión social y salud mental

El último autor abordado en el apartado precedente, sugiere un acercamiento al constructo de inclusión social, abordando el cambio de perspectiva ante la mirada de grupos históricamente excluidos, a la que alude como “una cierta toma de partido en favor del enfermo se inscribe, junto a otras tomas de partido por el preso, el indígena, el inmigrado” (Castel, 1984, p.29). No obstante, luego la define como una conquista frágil y provisional que deberá realizar esfuerzos por consolidarse, por encontrarse amenazada por el aval de un sector de la población que denomina como *los excluyentes*. Brinda entonces a la inclusión social un carácter social, en que el esfuerzo por lograr la inclusión del colectivo no sólo se verá dado por los esfuerzos personales o desde la interna de un colectivo, sino además debe venir acompañada de la necesaria apertura de éstos sectores particulares de la sociedad y de ésta en su conjunto.

Es un elemento a destacar, pues la inclusión social en el ámbito de la salud mental, con la carga socio histórica que esta temática alberga, no puede estar orientada en una sola dirección, la que implique que la persona diagnosticada se abra paso en la sociedad como un sujeto empoderado. En este sentido, se presenta una tensión entre el sujeto y la sociedad que la política pública debería tener en consideración al promover iniciativas de inclusión. Esta tensión será abordada por varios autores tanto a nivel global, como latinoamericano.

Spandler (2007), autora inglesa, declara que uno de los problemas en la promoción de inclusión es el asumir implícitamente que la inserción en la sociedad es deseable para todos, por lo que presenta a ésta de manera idealizada, no considerando su naturaleza problemática. En esta misma línea, y en coincidencia con lo planteado por Castel (1984) define que la promoción de la inclusión debería involucrar un cambio radical de las actitudes sociales hacia la diferencia, en vez de promover que las personas realicen esfuerzos individuales para encajar en una sociedad que no es receptiva (Spandler, 2006). Además, critica la aparición de la inclusión social como un campo no desarrollado teóricamente e impuesto rápida (e irreflexivamente) como un objetivo de la política pública.

En relación con la línea crítica desarrollada por Spandler (Ídem), se encuentra el autor chileno Jorge Chuaqui, PhD en Ciencias Humanas por la Universidad de Poznan, Polonia y Presidente de la Agrupación Nacional de Usuarios de Servicios de Salud Mental (ANUSSAM), quien plantea que la inclusión social dice directa relación con la *adaptación social*, fenómeno que “construye una situación social externa a la cual la persona debe ajustarse coercitivamente” (Chuaqui, 2008, p.4).

Chuaqui (2002) plantea que el *rol* que una persona sigue es en parte auténticamente aceptado, en parte actuado. Evalúa bajo este precepto la conducta de personas con cierto diagnóstico, partiendo por la esquizofrenia, argumentando que al experimentar “crisis” brotan síntomas positivos como delirios y alucinaciones, que a su vez producen comportamientos de difícil y - en muchos casos inexistente - comprensión. Ello, según Chuaqui (2002), debilita el tejido social y la persona diagnosticada de esquizofrenia se vería en la obligación de “afirmarse a sí mismo/a”.

Por ello, en su conducta se visualiza desde la perspectiva de Chuaqui (Ídem) la dificultad de asumir roles sociales y por tanto tener una exacerbada autenticidad, sin embargo esta última encontraría su razón en el conflicto social generado más que en una posición personal y por tanto motivo de exclusión social.

Chuaqui, entiende por adaptación social el proceso según el cual se lleva a la persona a actuar según normas y valores sociales (Ídem) aclarando que éstas no son siempre y en todas las circunstancias seguidas por el común de las personas, quienes - a pesar de su incumplimiento de roles e infringir normas - no son excluidos por ello, tomando para ejemplificar el caso de la esquizofrenia “los esquizofrénicos no serían ni superiores ni inferiores a otros en cuanto a sus valores, salvo el hecho que por su autenticidad lo mostrarían más abiertamente” (Ídem, p.64).

Desde Uruguay, Osmio Curbelo afirma que “en un contexto de inclusión social plena, es la propia comunidad la responsable de generar espacios e instancias que respondan a las necesidades de todos sus ciudadanos” (Curbelo, 2008, p.91)

Estas líneas de análisis, conceptualizaciones y teorías contribuyen a la consolidación de una línea de reflexión que plantea la idea de que la inclusión social es un fenómeno bidireccional, el cual no requiere sólo de la voluntad de la persona o el colectivo implicado, sino también del sistema social y su apertura a éste.

3. Modelo de Salud Mental Comunitaria

El cambio de paradigma, desde una perspectiva centrada en el Modelo Asilar, con el Hospital Psiquiátrico como institución, lógica y práctica hegemónica en psiquiatría, hacia una lógica de salud mental comunitaria, se expresa en “poderosas razones técnicas, la ineficacia, el fracaso como instrumento del hospital psiquiátrico, del manicomio, y una razón ética, la necesaria restitución de la dignidad y sus derechos como personas a los pacientes mentales” (Desviat, 2005, p.89).

Algunas de las bases de este modelo, se resumen en tres principios fundamentales en la salud mental comunitaria, a saber:

a. La participación de la comunidad

Desde el modelo de salud mental comunitaria, se enuncia que la participación de la comunidad es un elemento fundamental del modelo. Se motiva e intenciona la participación en distintos niveles: para la elaboración, planificación, ejecución y evaluación de programas y políticas de salud mental; y convocando a distintos actores: usuarios/as de servicios de salud mental, familiares, trabajadores/as de servicios de salud mental, academia, ONG's, entes gubernamentales y sociedad en general.

La finalidad es que la comunidad se empodere, y a la vez apodere de esta temática dentro de su realidad local, proponiendo problemáticas a abordar y estrategias de superación.

Involucra no sólo a la sociedad en general y usuarios/as, sino también conlleva lineamientos técnicos de integralidad de atención que obligan a que las personas reciban atención por parte de un equipo interdisciplinario, formado principalmente por enfermeras/os, psicólogos/as, terapeutas ocupacionales, trabajadores/as sociales, psiquiatras, entre otros.

Es clave, puesto que el acercamiento de la comunidad hacia este tema propicia un mayor conocimiento y por lo tanto comprensión del fenómeno, procurando evitar el aislamiento de las personas que han sido diagnosticadas con una patología psiquiátrica, promoviendo el fortalecimiento de las relaciones con grupos primarios y a su vez la creación de redes de apoyo.

Involucra también, la inserción de nuevos conceptos, como el *empoderamiento* y *recuperación* por una parte, y nuevos instrumentos, como la creación de nuevos dispositivos ambulatorios y locales.

Finalmente, involucra acciones afirmativas, como por ejemplo, la participación de usuarios/as de servicios de salud mental en mesas regionales y nacionales de la Comisión de Protección de las Personas Afectadas de Enfermedad Mental, instancia de la Secretaría Regional Ministerial de Salud que recibe denuncias por violaciones de Derechos en servicios de salud (cualquiera sea su naturaleza) de usuarios/as de servicios de salud mental.

b. La continuidad del tratamiento

Se refiere, por una parte, a la posibilidad de prolongación de tratamiento, rehabilitación o *atención* a las personas que han sido diagnosticadas con una patología psiquiátrica en instituciones emplazadas en la cercanía, dentro de su comunidad local. Esto obliga también a que se abarquen distintos niveles de complejidad en una red organizada, que supere la atención por tratamiento y añada prevención, rehabilitación y piense también servicios sociales como por ejemplo alternativas residenciales (atención ambulatoria, hospitales diurnos, hogares protegidos, etc.).

La continuidad del tratamiento también hace referencia a la posibilidad de detección temprana de *enfermedades*, con la ayuda de personajes relevantes y cercanos en la comunidad, como serían profesores/as, líderes comunitarios, y todos/as aquellos/as que tienen contacto frecuente y la capacidad de pesquisar comportamientos y sentimientos de la población. Asimismo, releva la importancia de la Atención Primaria de Salud (que cuenta con una red amplia de dispositivos locales) como puerta de entrada a servicios de salud mental.

Finalmente, también dice relación con la posibilidad de mayor contacto con la familia o grupos primarios de las personas que han sido diagnosticadas con una patología psiquiátrica, así como la creación de grupos de autoayuda y/o de recreación, como forma de reforzamiento terapéutico y de combatir la exclusión y el aislamiento generados principalmente por la internación de larga estadía en hospitales psiquiátricos.

c. La prevención

La salud mental comunitaria pone especial énfasis en este nivel de intervención en salud, utilizando para esto principalmente técnicas de *consultoría* y *educación*, la primera con la finalidad de resolver dudas y conciliar soluciones principalmente en la vinculación Atención Primaria – Especialidad, y la segunda con la intención de promover mejores niveles de salud mental en la población, facilitar el acceso al tratamiento y aportar a la desestigmatización de las patologías psiquiátricas.

Debido a este enfoque de prevención, se ha identificado que una estrategia útil para prevenir *patologías psiquiátricas*, es el abordaje del estrés, los estilos de vida y las redes de apoyo social, debido a los condicionantes sociales de la salud.

d. Avances y desafíos

Estos tres principios (participación, continuidad y prevención), involucran tres grandes desplazamientos, haciendo relación entre modelo “médico” y modelo comunitario: “1) Del sujeto enfermo a la comunidad; 2) Del hospital a los centros comunitarios; 3) Del psiquiatra al equipo” (Desviat, 2007, p.89).

A pesar de los principios de la salud mental comunitaria, es necesario considerar estas declaraciones como propuestas de transformación, lo que deriva en un proceso que no es sólo a nivel institucional, sino también de paradigma. Esto en particular plantea desafíos, pues a pesar de la generación de dispositivos, si no se genera un cambio en la mentalidad de quienes construyen esta institución total (Goffman, 2001), escasamente se podrá avanzar en la instauración de este modelo.

En Chile, la reforma psiquiátrica y la adopción del modelo comunitario de salud mental a partir del retorno a la democracia en el año '90 generó efectivamente una red de servicios de salud mental con diversidad de niveles de intervención y descentralización del hospital psiquiátrico. A pesar de ello, una de las problemáticas pendientes ha sido la vinculación con la comunidad y sobretodo la participación de usuarios/as de servicios de salud mental. Como afirma Desviat (2007) el problema está en que generalmente no hay presencia ni participación de la comunidad, en las prácticas que se consideran comunitarias.

Para subsanar esto, la salud mental comunitaria utiliza como principal herramienta el *empowerment*, es decir el empoderamiento de la comunidad, entendida como el traspaso de poder y capacidad de toma de decisiones a la comunidad y sus componentes.

En este aspecto, se propone una re-definición de este fenómeno, para adecuarlo al contexto latinoamericano. Maritza Montero, plantea traducir el empowerment como fortalecimiento:

La gente tiene alguna fuerza y hay que fortalecer las capacidades que tiene la gente, hay una diferencia muy grande entre “empowering someone” (darle poder a un alguien) y fortalecer a ese alguien. Además no es un proceso definitivo. Siempre es una cosa acotada, porque se puede fortalecer para algo, no para todo a la vez. La persona puede seguir no fortalecida, sentirse impotente o débil respecto de otras cosas; nunca cubrimos todo y eso debemos tenerlo en cuenta. **Debemos ser más modestos, sensatos y cuidadosos en esto**². (Montero, 2011, p. 65)

Este cambio de perspectiva significa validar al otro como poseedor/a de conocimientos y respetar ese saber. Permite ubicarse desde una posición de horizontalidad, en la cual los/as profesionales no son los que brindan la oportunidad de decisión como un favor, sino que se habilitaría un espacio de co construcción. Desde este lugar, brinda también a la comunidad la opción de participar, así como la capacidad de elección en qué punto quiere participar y cuando esa participación cesa, qué aspectos abordar, entre otros. Nos interpela como profesionales a mirar y repensar nuestras prácticas, y a estar vigilantes ante las cotidianidades asistenciales.

4. Rehabilitación psicosocial

Se mencionó en la fundamentación la relación que la rehabilitación psicosocial tiene con la inclusión social, lo cual vemos reflejado en la delimitación del objetivo de la rehabilitación:

El objetivo no es la “curación” (...); el objetivo es devolver o procurar habilidades sociales a los pacientes y la dignidad de la persona enferma, que los pacientes mentales cuya enfermedad cursa con discapacidad y cronicidad, logren la completa ciudadanía política, jurídica, civil y económica.(Desviat, 2010, p.6)

Si bien se puede declarar este objetivo, la rehabilitación psicosocial no puede ser analizada descontextualizada de los procesos histórico-políticos que lograron su consolidación como nivel de intervención en el ámbito de la salud mental, que históricamente puso énfasis en el tratamiento. Como punto de partida de la importancia de la

² La letra negrita se utiliza con el fin de destacar, agregada por la autora.

rehabilitación psicosocial, podemos visualizar la trayectoria desde la Reforma Psiquiátrica, como escenario que presenta las condiciones de posibilidad de desarrollo de una amplitud de la Red de tratamiento y con ello, la inclusión de dispositivos ambulatorios y los niveles de promoción, prevención y rehabilitación. Este es un aspecto que ha sido parte esencial de las introducciones de los lineamientos en rehabilitación psicosocial que veremos a continuación, por tanto vale enunciar que en el apartado siguiente se desarrollarán las experiencias y consecuente implementación de políticas públicas, traducidas en el Plan Nacional de Salud Mental en Chile (MINSAL, 2000, 2006; Minoletti y Zacarías, 2005; Minoletti, Narváez, Sepúlveda y Caprile, 2009a; Minoletti, Narváez, Sepúlveda y Funks, 2009b).

La noción de Rehabilitación Psicosocial adoptada por la OPS es

El conjunto de iniciativas clínicas y de **inserción social** disponibles para los usuarios, familiares y trabajadores de los servicios sociosanitarios; es decir, ofrece alternativas de gestión de casos en la comunidad donde residen esas personas, con los recursos afectivos, económicos y políticos que garanticen el respaldo psicosocial necesario. (Caldas de Almeida, 2005, p. 69.)

Si bien esta definición es útil y da cuenta de la relación con **inserción social**, no se perfila como suficiente para poder adentrarse en aspectos de la intervención en rehabilitación, que finalmente serán indicadores más operativos respecto de las concepciones y acciones que procuran (o no) alcanzar la inclusión social.

En este sentido, la Norma Técnica N° 90 sobre Rehabilitación psicosocial para personas mayores de 15 años con trastornos psiquiátricos severos y discapacidad de Chile, establece que la rehabilitación se orienta a

Que la persona pueda recuperar sus capacidades psíquicas perdidas y/o desarrollar nuevas competencias que le permitan desenvolverse adecuadamente con su entorno, a la vez que se trabaja con este entorno para que genere recursos y apoyos que faciliten el desempeño y la integración del individuo mediante la construcción de nuevas formas de relación. (MINSAL, 2006. p,8)

Se destaca en esta definición la introducción del entorno como factor crítico para el logro de la rehabilitación, en una nueva forma de relación que deberá ser construida desde la bilateralidad (no impuesta) y donde tanto el entorno, como la persona deberán dialogar. Por otro lado, se enfoca en el déficit al enunciar que se deben recuperar capacidades perdidas, asumiendo la situación de la persona desde una perspectiva negativa.

Por otro lado, esta normativa destaca algunos ámbitos como el Descanso, las Interrelaciones, la Recreación y el Trabajo o actividad, como áreas primarias de vida, estableciendo que un proceso de rehabilitación psicosocial debe trabajar todos, teniendo como ventaja la incorporación de aspectos de la cotidianeidad.

El objetivo de la rehabilitación psicosocial sería el que una persona pueda desenvolverse con autonomía posible a nivel laboral, social y comunitario acorde a sus capacidades y que los/as usuarios/as mejoren su calidad de vida y percepción subjetiva de satisfacción global (MINSAL, 2006).

Es interesante poder indagar si existe relación entre rehabilitación psicosocial e inclusión desde la perspectiva de profesionales y académicos/as, pues pese a las normativas técnicas, no existe una estructura que establezca los límites de acción asociados a la Rehabilitación Psicosocial. Esto tanto a nivel de instituciones, pues existen Centros Diurnos de Rehabilitación Psicosocial específicamente; como de niveles de intervención en salud, pues una atención integral debiese contemplar promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, por lo que se presenta en este aspecto una primera tensión.

Lo anterior puede ser visto como una ambigüedad en el terreno de intervención, pero también puede pensarse como una ventana de posibilidad para ampliar la perspectiva y alcance de esta práctica, así como de su forma de concebirla, de una perspectiva personalizada y enfocada en la diversidad cultural, política, económica, pero también de necesidades, potencialidades, de usuarios/as de servicios de salud mental:

Podemos sembrar toda suerte de iniciativas que nos haga buscar la superación de las dificultades de acceso, la equidad en la distribución de las prácticas rehabilitadoras —tan distintas como lo son nuestros deseos y utopías— de los usuarios del sistema. (Caldas de Almeida, 2005, p.73)

Es aquí donde pasan también a jugar las perspectivas, concepciones, paradigmas, horizontes epistemológicos de los/as trabajadores/as en salud mental, quienes pueden ser facilitadores de procesos o actuar de manera directiva, pueden brindar los apoyos necesarios por el tiempo necesario, o desembocar en situaciones de dependencia y cronicidad.

5. Rol de los/as Trabajadores/as de Servicios Salud Mental

Este elemento puede ser utilizado como foco de análisis, porque los posicionamientos profesionales tienen muchas y profundas implicancias. El mismo profesional, de acuerdo a cada posicionamiento, puede favorecer procesos de autodeterminación y empoderamiento o actuar desde el autoritarismo y una actitud directiva.

El psicólogo argentino Enrique Saforcada contribuye para el análisis de los posicionamientos de los profesionales con el concepto de **actitud autocrática** (Saforcada, 1999) hacia la persona que demanda su atención o hacia la comunidad. En el ámbito de la salud mental es posible no sólo encontrar psiquiatras adscritos al paradigma biomédico, sino a otros profesionales, de las ciencias sociales o de salud que concentran su trabajo en la enfermedad. Esta tensión entre paradigmas muchas veces se convierte en un indicador de buenas prácticas para usuarios/as de servicios, que muchas veces privilegian el trato y la atención en lugar de la tecnología.

Esta actitud también estaría determinada por una **barrera cultural** (Marconi, 1969) que se establece desde los planes y formación de la universidad, reflejada en la negación del conocimiento de la comunidad, por no ser académico. Se expresa en el uso de lenguaje clínico y técnico no adaptado para contextos culturales populares, la distancia y jerarquía establecida por el equipo, el etnocentrismo y los juicios.

A su vez, este profesional (o grupo de profesionales) sería el que realiza un tipo de **intervenciones sociales dirigidas** (Montenegro, 2002), con un diseño lineal y sin considerar la participación ni los recursos de la comunidad para ello, sino conceptualizándola desde la carencia y la exclusión.

Por otra parte, el llamado equipo interdisciplinario parece establecer un consenso más bien en los planteamientos teóricos desde donde su aplicación parecería ser mucho más sencilla que en la realidad de la práctica del equipo de trabajo de salud mental. Rafael Inglott (1999) afirma que en esta realidad interdisciplinar de trabajo se enfrentarán implícitamente los profesionales escudados cada uno en el paradigma al cual su disciplina adscriba, ejemplificando en el caso de los psiquiatras que cuanto más celosos sean de su *status*, más proclives serán a las intervenciones de tipo biológico:

Todo este conjunto de falacias circula de modo no siempre es explícito en el interior de los equipos, sustentando peligrosas inercias que nada tienen que ver con el trabajo interdisciplinario. Una de ellas es el asiento progresivo de fórmulas más o

menos perversas de división del trabajo, cuyo patrón podría muy bien ser el siguiente: patologías “pesadas” sin cronificar, terapias biológicas y relaciones con el resto del sistema sanitario a cargo del psiquiatra; patologías “ligeras”, psicoterapias y programas rehabilitadores para el psicólogo; funciones conectivas y complementarias, a más de las relaciones con los demás sistemas, para el resto del equipo. (p.216).

Se torna claro que este es un desafío central dentro de la implementación de un modelo de salud mental comunitaria, puesto que influye directamente en las prácticas de los profesionales y su vinculación entre ellos y con la comunidad.

Se nos interpela como actores a todos quienes cumplimos alguna función en el ámbito de la salud mental a ampliar la mirada, pues el planteamiento de una perspectiva desde los usuarios/as de salud mental en diálogo con los/as profesionales y la política pública obedece a desmantelar una lógica de verticalidad y adentrarse en la honestidad intelectual de habilitar saberes y reconocer la diversidad de elementos de carácter histórico, cultural, político y contextual, donde el proceso exclusión/inclusión como constructo sea puesto en suspenso desde cada uno de nuestros marcos generales, con el fin de realmente comprender primero, para criticar y transformar después:

En este sentido, las posiciones ingenuas, profesionalizadas y profesionalizantes invaden los espacios sociales, comunitarios y construyen subjetividad, sin embargo muchas veces no incluyen la voz de las propias personas en situación de exclusión social, haciéndose la mayoría de las veces investigaciones sobre inclusión que no serían inclusivas:

Parece pues indudable que *para evitar la tiranía de los discursos profesionales* y comprender la realidad social de los procesos de exclusión e inclusión, las voces, los recuerdos y vivencias de las personas en situación de exclusión, deben unirse y dialogar con las de los investigadores, los académicos, los políticos y en general, con las de todos aquellos agentes sociales y marcos teóricos *que dicen representarles* (Parrilla, 2009, p.112)

Como se mencionó en la presentación de esta tesis, este aspecto intentó ser cubierto en este trabajo, pero debió ser modificado debido a la legislación chilena reciente, que indica que personas que han sido diagnosticadas con una patología psiquiátrica no pueden participar de investigaciones sin pasar por una serie de requisitos médicos y administrativos complejos, lo cual será descrito en el Diseño de Investigación.

b. Política Pública de Salud en Chile

1. Antecedentes históricos de Salud Mental Comunitaria en Chile

El Dr. Juan Marconi (citado en Madariaga, 2010) describe el desarrollo de la salud mental comunitaria en Chile por períodos fuertemente asociados a acontecimientos sociopolíticos, denominándolos:

Secuencia de eventos creativos (1947 – 1967)

Etapa de creación e implementación de programas comunitarios en salud mental, en la que diferentes actores actuaron en colaboración, entre ellos instituciones gubernamentales de salud y universitarias y la participación activa de la comunidad. Este último punto más que una declaración de intenciones fue una condición indispensable, pues uno de los propósitos del programa de Psiquiatría intracomunitaria, en palabras de Marconi, fue que “*La comunidad organizada se convierte en un foco de salud mental*” (Mendive, 2004, p.195), cuestión que efectivamente se logró llevar a la práctica en la psiquiatría intracomunitaria.

Secuencia de eventos creativos y regresivos (1968 – 1989)

Período en el cual la dictadura militar produce un retroceso en las prácticas que se venían desarrollando, introduciendo políticas de mercado en áreas clave como la salud y la educación, entre ellas la creación de Isapres y Administración de Fondos de Pensiones, surgimiento y proliferación de las clínicas privadas, municipalización de la atención primaria de salud. Se priorizan modelos anglosajones por sobre los locales e instauran políticas de corte neoliberal que reformaron el rol del Estado hasta la actualidad. Sin embargo, hay que considerar que existió un movimiento alternativo de intervención social y profesional, junto con la lucha antidictatorial y de resistencia.

Restauración de crecimiento institucional (1990 – 2000)

Retorno a la democracia. En el ámbito de la salud mental se retoman los saberes obtenidos durante el primer período descrito, incorporándose además la temática de los derechos humanos de las personas afectadas por trastornos mentales.

2. Reforma Psiquiátrica e Instauración de una Política Pública en Salud Mental

El país participa de la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, de la cual surge la Declaración de Caracas del año 1990 la cual promueve una reforma de la atención psiquiátrica basada en la comunidad, declarando que: “Los recursos, cuidados y tratamientos provistos deben:

- a) Salvaguardar, invariablemente, la dignidad personal y los derechos humanos y civiles;
- b) Basarse en criterios racionales y técnicamente adecuados; y
- c) Propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario” (OMS/OPS, 1990, p. 2)

Esta reforma psiquiátrica en Chile deviene en política pública a través del primer Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del Ministerio de Salud (MINSAL) del año 1993, con el cual se comienza un período de trabajo y reflexión frente a la temática. Posteriormente, en el año 1999, se realizó un trabajo en el cual participaron equipos de salud, usuarios y familiares para el año 2000 dar inicio a lo que sería el reformulado Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, con una proyección de diez años.

La principal característica de este Plan es que plantea un cambio al establecer el *modelo comunitario* como propulsor de mejoras de la calidad de vida y atención a las personas usuarias del sistema público, en contraposición con el modelo asilar implantado hasta el momento, organizando la atención a través de una red de servicios de salud mental y psiquiatría, cuyas principales características son la *definición territorial, la participación de la comunidad y la coordinación y articulación entre las partes* (MINSAL, 2000)

Las principales razones que dan pie para el establecimiento de un modelo comunitario (MINSAL, 2000) son la suficiente información epidemiológica reunida acerca de la prevalencia de las enfermedades mentales; la presencia de profesionales que no sólo reúnen los requisitos técnicos de preparación, formación y experiencia, sino que también están motivados y comprometidos con el tema; la información respecto a tratamientos clínicos e intervenciones de salud pública efectivos y por otra parte un respaldo a la hora de necesitar apoyo de las autoridades. Un factor sin duda clave fue la progresiva organización de los/as usuarios/as y familiares, quienes comienzan a tomar incluso roles como administradores de hogares protegidos, por ejemplo (MINSAL, 2000).

El *propósito* definido para el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría es

Contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con el medio ambiente de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y el uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas en concordancia con la justicia y el bien común (MINSAL, 2000, p.4)

Red de servicios de Salud Mental y Psiquiatría.

Esta Reforma Psiquiátrica en Chile toma forma a través de la creación de una Red de Servicios, que tiene *características* tales como la definición territorial, particularmente potenciando la cercanía, lo local en la atención; la articulación y coordinación entre las partes; la importancia de la participación de la población usuaria en general, aspecto en el que cabe resaltar el nuevo rol de las agrupaciones de usuarios/as y familiares, quienes actúan ahora como proveedores de servicios.

Soportes organizacionales de la Red de SM

En primera instancia, se encuentra la *Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud*, que gestiona la red de servicios, además de distribuir las orientaciones y normas técnicas. Luego, en orden jerárquico, se encuentra la *Secretaría Regional Ministerial*, con sus unidades de salud mental, quien debe velar por la elaboración de un plan regional en los servicios de salud en ella comprendidos, incorporando a los actores/actrices del ámbito no gubernamental.

Para hacer un orden de la red de salud mental, se expondrán los organismos a ella pertenecientes de forma tal de abarcar el espectro desde lo general a lo particular, comenzando con el Programa Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, ya que es implementado en Postas Rurales, Consultorios Rurales y Generales Urbanos, Centros de Salud Familiar y Hospitales tipo 3 y 4.

Programa Nacional de Salud Mental y Psiquiatría

Este programa es implementado en gran parte en la Atención Primaria de Salud, con miras a una atención ambulatoria, psicosocial y multidisciplinaria, teniendo como áreas prioritarias de atención: Esquizofrenia, Violencia intrafamiliar, Consumo problemático de alcohol y drogas, Depresión y Alzheimer.

Hospitales Psiquiátricos: Desinstitucionalización en el área de la Salud Mental

A través del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría se declara la negativa a la creación de nuevos hospitales psiquiátricos, quedando establecidos de esta manera cuatro hospitales psiquiátricos en todo Chile: Hospital del Salvador, en Playa Ancha, Valparaíso; Hospital psiquiátrico Dr. Philippe Pinel, de Putaendo; Hospital Sanatorio El Peral en Puente Alto, Santiago; y el Instituto Psiquiátrico José Horwitz en Santiago, con una reducción progresiva de presupuesto a favor de las instituciones ambulatorias.

Centros de Salud Mental Familiar (Actualmente COSAM, Centros Comunitarios de SM)

Los Centros de Salud Mental Familiar son centros especializados en salud mental ambulatoria, naciendo en la década de los '80 como Centros de Adolescencia y Drogas, y que realizan actividades a nivel de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, tanto con acciones directas, como atención a personas, como indirectas, mediante consultorías.

A decir del Dr. Alberto Minoletti Scaramelli (2005), Jefe de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud, al año 2005 estos dispositivos “logran una sectorización más plena con la comuna en la cual se insertan, favoreciendo la participación de usuarios, familiares y organizaciones sociales, y el trabajo con otros sectores” (Universidad Central, 2005), lo cual valida su importancia como eje central de la red de salud mental, existiendo eso sí la falencia de la escasa presencia a nivel nacional de éstos, y aún más, su concentración en la región metropolitana en desmedro de las otras regiones.

Hospital de día

Institución de modalidad ambulatoria, alternativa a la hospitalización, para personas que se encuentran transitando una fase aguda y que cuentan con red social de apoyo.

Sus características principales son la existencia de hospitales de día con especificidad como de abuso de alcohol y drogas, o según grupo etario, por ejemplo; y su rol en el período de transición entre la hospitalización completa y el alta, o en el período de post alta, como fortalecedor de la rehabilitación.

Agrupaciones de Usuarios/as y Familiares

Finalmente, las Agrupaciones de Usuarios/as y Familiares, han tomado un rol más activo a través de la administración de hogares protegidos, definidos éstos como “componentes flexibles y diversificados según las necesidades de las personas con enfermedad mental, tanto para corta estadía (crisis, transición post internación, etc.) como

para larga estadía” (MINSAL, 2000) y su participación en Clubes de Integración Social, Centros de Rehabilitación y grupos de Autoayuda.

Dentro de los roles de las Agrupaciones de Usuarios/as y/o Familiares, el Plan Nacional de Salud Mental plantea:

- Rol protagónico en la sensibilización de la comunidad, las autoridades, los medios de comunicación, etc. respecto de las enfermedades mentales, su impacto en las familias, la importancia, para la sociedad en su conjunto, de aceptar la diversidad.
- Definir y dar a conocer sus necesidades y expectativas con respecto al tratamiento médico y psicosocial de sus familiares como también a su desarrollo como organizaciones de autoayuda.
- Defender los derechos de los pacientes, desde aquellos que dicen relación con su dignidad y su derecho a ser tratados con respeto y sin discriminación alguna, hasta el acceder a servicios médicos de calidad, con información y consentimiento de su tratamiento
- Ejercer presión social para generar más y mejores servicios de salud mental y psiquiatría y para generar respuestas intersectoriales que puedan asumir de manera integral una mejoría en la calidad de vida de las personas enfermas y sus familias.
- Ser una instancia de autoayuda formal e informal que facilite el apoyo emocional entre sus participantes, la educación respecto a la enfermedad y su tratamiento, como también la resolución conjunta y solidaria de aquellos problemas que les son comunes.
- Ser agentes de cambio cultural en la comunidad, promoviendo activamente la reinserción social y laboral de los discapacitados psíquicos, encarando la estigmatización de manera audaz y propositiva
- Proveer servicios de rehabilitación y reinserción social y laboral para sus familiares con discapacidad psíquica (MINSAL, 2000, p.6)

Como se puede verificar a través del planteamiento de estos roles, la Política Social de Salud Mental en Chile le asigna a estas organizaciones la no fácil tarea de la lucha por los derechos y la no discriminación de las personas que han sido diagnosticadas con una patología psiquiátrica, basándose en su experiencia de vida.

Capítulo Tercero:
Punto de Inflexión y Nuevo Diseño
de Investigación

I. Decisiones metodológicas del Proyecto de Tesis Inicial

En Abril del 2013 se recibe la Aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, lo que permite comenzar la ejecución del proyecto de tesis “¿De qué hablamos cuando hablamos de Inclusión Social? Significados desde la perspectiva de usuarios/as de servicios de Salud Mental” (ver Anexo). Se presenta en Mayo el Proyecto de Tesis al Directorio de la Corporación de Rehabilitación Dr. Carlos Bresky, quedando establecido en Acta de Asamblea, para posteriormente durante el mismo mes, ser presentado en reunión de equipo ampliada.

Se define la presentación del proyecto en modalidad de Asamblea para todos/as los/as participantes de las distintas sedes del Centro de Rehabilitación, como espacio de socialización y ejercicio potente de reflexión que permitiría instalar la temática con un puntapié inicial participativo.

Durante el mes de Agosto se realizan asambleas en Valparaíso y Peñablanca, el 13 y 23 de agosto del 2013, respectivamente. En el mes de octubre se realiza la Asamblea en Viña del Mar. Durante el mes de septiembre, se realiza el relevamiento de información en instituciones sobre la cantidad de personas que participan, en qué tipo de programa se encuentran e información relevante.

Posteriormente, durante el mes de octubre, se realiza un cotejo con los criterios de muestra y con esta información se realiza una aproximación a las personas que cumplen los criterios, extendiendo la invitación a participar de la investigación, cautelando un criterio ético: la voluntariedad. Se procede a la firma de los consentimientos informados y a la realización de la agenda de entrevistas, logrando realizar 5 entrevistas, 3 en la sede Peñablanca y 2 en la sede Valparaíso.

En mayo 2014 se solicita una Asesoría ética, debido al cuestionamiento de cómo realizar entrevistas a participantes de la misma sede en la que la tesista se desempeña laboralmente.

En dicha asesoría se informa que Chile existe una ley desde el año 2012 que en su artículo 28 establece que no se puede realizar investigación con personas con discapacidad mental de causa psíquica sin consentimiento de sus familiares y de la Autoridad Sanitaria.

I. Punto de Inflexión: Implicancias ético políticas y cambio de rumbo de la Tesis de Magíster

La Ley mencionada en la Asesoría Ética es la Ley 20.584, que “Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud” (Ley N°20.584, 2012).

Regula, a través de una disposición especial en su artículo 28, condiciones particulares para la investigación con **Personas con discapacidad mental de causa psíquica**, como población específica, que indica lo siguiente:

Artículo 28.- Ninguna persona con discapacidad psíquica o intelectual que no pueda expresar su voluntad podrá participar en una investigación científica. En los casos en que se realice investigación científica con participación de personas con discapacidad psíquica o intelectual que tengan la capacidad de manifestar su voluntad y que hayan dado **consentimiento informado, además de la evaluación ético científica que corresponda, será necesaria la autorización de la Autoridad Sanitaria competente, además de la manifestación de voluntad expresa de participar tanto de parte del paciente como de su representante legal.** En contra de las actuaciones de los prestadores y la Autoridad Sanitaria en relación a investigación científica, podrá presentarse un reclamo a la Comisión Regional indicada en el artículo siguiente que corresponda, a fin de que ésta revise los procedimientos en cuestión. (Ley N°20.584, 2012)

No existiendo información pública respecto del procedimiento a seguir para solicitar autorización, se procede a una segunda asesoría con una experta en Ética en investigación, quien informa que no hay claridad en el proceso y realiza consultas externas, quienes informan lo siguiente:

- 1.- Se requiere un informe aprobatorio del Comité de Ética de la institución que patrocina el proyecto o de la institución donde se realizará la investigación (en Chile).
- 2.- Una vez que se disponga de esa aprobación, enviar un correo al Presidente de la **Comisión Nacional de Ética del Ministerio de Salud**, consultando los pasos a seguir. Paralelamente, hay que contactar al **SEREMI (Secretario Regional Ministerial)**; pero lo importante es que el propio Presidente de la Comisión del Ministerio de Salud oficia como intermediario y facilita la gestión. Con ello se cumpliría lo que requiere la autoridad sanitaria, en que en la práctica la Comisión del Ministerio de Salud oficia como intermediaria para el cumplimiento de la ley.

Trámite complejo, de la cual no se dispone información para la población general, ni formularios o teléfonos de contacto para dirigir dudas y que tiene consecuencias severas ante el incumplimiento:

El investigador que no cuenta con las autorizaciones correspondientes puede ser sancionado de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 20 de la Ley N° 20.120, con suspensión por tres años del ejercicio profesional y con la prohibición absoluta de ejercicio profesional en el territorio nacional en caso de reincidencia (Ramos & Arena, 2013).

Realizando averiguaciones nuevamente con el Primer Asesor de Ética, informa que el trámite se podría realizar en Servicio de Salud Regional, debiendo (por la extensión territorial que abarca la investigación) presentarse en el Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota y Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio. Al ser organismos autónomos, los Comité de Ética de los Servicios de Salud, tienen a su vez diferentes metodologías para la presentación de investigaciones, referentes a los requisitos solicitados, documentos a presentar, costo del trámite (como ejemplo, el costo de evaluación de Protocolo en el SSVSA es de \$836.727, aproximadamente \$36.000 pesos uruguayos)³ y periodicidad de las sesiones del Comité.

Toma de decisión

Considerando que:

- 1.- No existe información clara sobre el procedimiento, por tanto el sólo hecho de averiguar implica un tiempo excesivo para un proceso que tiene un tiempo límite de entrega. Sin sumar a esto el tiempo de realización misma del trámite.
- 2.- No existe una diferenciación para los objetivos de investigación, por tanto un ensayo clínico de productos farmacéuticos es evaluado bajo el mismo procedimiento que una investigación de Maestría en Psicología Social.
- 3.- No se define de qué manera se evalúa que las personas que han sido diagnosticadas con una patología psiquiátrica *“tengan la capacidad de manifestar su voluntad”*.
- 4.- La presentación, ya sería de una investigación en curso, lo cual podría ser considerado un mal elemento para su evaluación.

³ http://ssvalposa.redsalud.gob.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2012/08/Reglamento-Interno-CEC-SSVSA-Abril-2014.pdf

5.- Si bien se comprenden los principios que subyacen a la medida (de respeto y confidencialidad), la naturaleza de esta investigación tenía como base la obtención de primera fuente de las voces de las personas usuarias de servicios de salud mental, con miras a posicionarlas como sujetos Derechos y opinión válida. En este sentido, la medida es restrictiva de la autonomía de las personas con discapacidad mental de causa psíquica, en tanto deben ser evaluadas respecto a su aptitud, deben ser resguardadas por la autoridad sanitaria y deben ser cobijadas por sus familiares para poder brindar su opinión respecto de lo que entienden y conciben como inclusión social.

Por las razones anteriormente expuestas, se decidió no realizar el trámite. Debido a esta determinación y el retraso generado por averiguar estas disposiciones legales y operativas, se solicitó una prórroga de entrega de la tesis y se debió realizar una modificación al Proyecto de Tesis entregado.

Esto fue consultado con la Directora de Tesis, Prof. Agr. Alicia Rodríguez y la Dirección de la Maestría de Psicología Social, Prof. Adj. Mag. Cecilia Marotta y Prof. Adj. Mag. Clara Weisz, en comunicación realizada el 20 de junio del 2014, quienes indican que no se debe presentar un nuevo Proyecto Tesis, sino significar esta situación como una experiencia ligada al trabajo de campo y por tanto, registrada y analizada.

c. Proyecto de investigación a posteriori de la asesoría Ética

En el nuevo escenario, se plantea la dificultad del cambio de rumbo. Comienza un proceso de reflexión con los nuevos límites de acción que involucran el no poder realizar la investigación con las personas que – según el punto de vista de quien escribe - son los/as actores/actrices clave para significar y aportar al análisis del constructo Inclusión Social.

El problema asociado al constructo de Inclusión Social - como se planteó en los antecedentes y el marco teórico - es amplio e involucra aspectos de conceptualización, de vacío teórico y de rápida intromisión en objetivos de planes gubernamentales y en discursos sociales, sin un desarrollo que lo respalde y nos lleve a una idea inequívoca de lo que estamos abordando. La pregunta rectora de esta tesis fue **¿De qué hablamos cuando hablamos de Inclusión Social?** y dicha pregunta aún no encuentra potenciales respuestas.

Por tanto, se decide no perder el foco de la investigación, que es *qué entendemos por Inclusión Social*, buscando los sentidos que Profesionales y Académicos del área de salud mental y Política Pública de salud mental y discapacidad, asignan al constructo.

Esto, con la finalidad de indagar cuáles son los significados que las personas que ejecutan políticas públicas (los/as profesionales), a través del trabajo directo en dispositivos y servicios de salud mental tienen de inclusión social, ya que trabajan en atención a usuarios/as de esos servicios. Con la intención de identificar los significados que los sujetos que participan de la elaboración, diseño y evaluación de políticas públicas (academia) entienden del constructo de inclusión social y que finalmente vierten en sus recomendaciones y tienen un claro asidero político. Y de la política pública en sí, por ser el lineamiento tangible que indica cuáles serán las estrategias de abordaje, la guía para la generación de nuevos dispositivos, nuevas prácticas y también indicaciones técnicas, valóricas y de paradigmas.

Los/as entrevistados/as, tanto profesionales como académicos, son personas que han trabajado específicamente en el área de la salud mental en diversas líneas de trabajo, aunque relacionadas con temáticas de exclusión/inclusión y rehabilitación, lo cual será descrito con detalle en el apartado de la muestra.

Preguntas de investigación

¿Cuáles son los significados que profesionales y académicos/as que se desempeñan en salud mental, asignan a la inclusión social?

¿Cómo piensan que debería ser la inclusión social?

¿Qué relación establecen entre rehabilitación psicosocial e inclusión social?

¿Cuáles son los significados que desde la Política Pública en salud mental y discapacidad mental de causa psíquica, se asignan a la inclusión social?

¿Cómo se relacionan las narrativas de los/as profesionales que se desempeñan en salud mental y lo propuesto por la Política Pública?

a. Objetivos

Objetivo general

Explorar y analizar las narrativas de profesionales y académicos que se desempeñan en salud mental y de la Política pública en salud mental y discapacidad mental de causa psíquica en Chile, en relación a la inclusión social.

Objetivos específicos

Conocer y analizar los significados que los/as profesionales y académicos/as que se desempeñan en salud mental, asocian a la inclusión social.

Identificar y analizar los significados que la Política pública en salud mental y discapacidad mental de causa psíquica, asocia a la inclusión social.

Comprender la relación que los sujetos de investigación establecen entre el proceso de rehabilitación psicosocial y la inclusión social.

Explorar las prácticas sociales y/o discursivas que el colectivo de investigación identifica como inclusivas y cuáles son las características que les asigna

b. Estrategia Metodológica

La metodología más apropiada para esta investigación es la **metodología cualitativa**, entendida como:

- a) Un intento de capturar el sentido que estructura y que yace en el interior de lo que decimos sobre lo que hacemos;
- b) Una exploración, elaboración y sistematización de la relevancia de un fenómeno identificado;
- c) La representación esclarecedora del significado de una cuestión o problema delimitado

(Parker, 2002, p.3).

La investigación se plantea desde una **perspectiva socioconstruccionista** que, a modo general, “ve a la ciencia como una forma de conocimiento que crea al mundo tanto como lo describe” (Parker, 2002, p.10). Esta perspectiva supone un posicionamiento por parte del investigador/a que toma como base de la investigación la narrativa de los sujetos participantes y los significados que construyen respecto de prácticas o fenómenos sociales en un contexto y momento particular, “los significados que pueden ser recolectados, emergen de prácticas sociales situadas, y es ahí donde son construidos y reconstruidos” (Sisto, 2008, p.119). Siguiendo a Bruner (2004), estos significados estarían fundamentalmente asociados al lenguaje y a la construcción de nuestra realidad mediante narraciones y relatos asociados a la experiencia subjetiva.

El trasfondo de esta investigación dice relación con lo colectivo y con el cómo los discursos se juegan en un espacio relacional que nos permite dar sentido, por ello también encuentra su anclaje en el ámbito de la salud mental, donde subsisten una serie de dispositivos, elementos culturales, normativas técnicas, lenguaje, entre otros, que actúan como mediadoras de una construcción de realidad:

Desde la perspectiva socioconstruccionista el conocimiento es una acción situada, los procesos de significación –o construcción psicosocial del sentido-, siempre estarían situados en un trasfondo semiótico-material, en el cual se articulan saberes y disposiciones corporales, con normas y tradiciones que hacen parte de una forma de vida (Sandoval, 2004, p.135).

Si bien el constructo que guiará los discursos será el de **inclusión social** y la percepción que profesionales, académicos/as y política pública manifiesten en relación a ella, no se orientó el discurso únicamente a buscar la definición teórica y objetiva que las

personas participantes del estudio manifiestan, a modo de evaluación de conocimientos o examen, sino más bien cuáles son las apreciaciones, significados subjetivos, experiencia y comentarios sobre éste, para lo cual el método narrativo brinda las herramientas necesarias: “las narrativas no necesariamente dan un recuento objetivo de los eventos, sino que más bien ofrecen la evaluación que los narradores hacen de éstos” (Capella, 2012, p.119).

Finalmente, se realizó un Análisis de Contenido que incorporó *elementos discursivos*, ya que no se realizó esta investigación utilizando como Metodología el Análisis del Discurso.

Éstos elementos discursivos se verán reflejados en el análisis, que más allá de una descripción e interpretación de información, buscará discutir desde una perspectiva crítica las implicancias de los discursos que se entrelazan, las relaciones que sostienen y los grupos de poder y personajes que en ellos juegan. Se ha dicho previamente que la **inclusión social** es una supuesta construcción teórica que se ha difundido ampliamente hasta integrar los discursos de la población. Frente a esto, Profesionales e instituciones han difundido este constructo como un objetivo, transmitiendo un posicionamiento ético y un componente sumamente deseable *para la construcción de una sociedad mejor*. Es aquí donde es necesario el análisis y la búsqueda de comprensión, para lo cual es adecuado el análisis del discurso como herramienta:

Un discurso es un conjunto de prácticas lingüísticas que mantienen y promueven ciertas relaciones sociales. El análisis consiste en estudiar cómo estas prácticas actúan en el presente manteniendo y promoviendo estas relaciones: es sacar a la luz el poder del lenguaje como una práctica constituyente y regulativa (Iñiguez y Antaki, 1994, p.63)

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA METODOLOGÍA

a. Participantes

Los sujetos participantes de la investigación fueron definidos desde los referentes conceptuales y contextuales que la enmarcan, por tanto se hace referencia a un **muestreo teórico**, con criterio de heterogeneidad (Margel, 2004).

Criterios de inclusión

Profesionales de servicios de salud mental: Se entiende por profesionales de servicios de salud mental a las personas que se desempeñan regularmente en estos servicios (al menos de manera semanal), incluidos profesionales del área social, la psicología y salud en general. Se entrevistó a personas que tuvieran una antigüedad de 3 años o más en la especialidad.

Servicios de salud mental: Se entiende por esto, Centros de salud especializados en salud mental y psiquiatría pertenecientes a la Red de Servicios de Psiquiatría y Salud mental comunitaria descrita en el Plan Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud de Chile, de carácter público u ONG en convenio gubernamental (se excluyen los centros privados, por no formar parte de la Red de Servicios).

Académicos/as dedicados al área de salud mental: Personas del mundo académico en Ciencias Sociales y la Salud, que se desempeñen en Universidades Públicas, con una trayectoria mínima de 3 años, cuyo desempeño en docencia e investigación esté directamente relacionado a salud mental, en ámbitos afines a la temática de inclusión social.

Criterio de Heterogeneidad: Se buscó entrevistar según los criterios definidos anteriormente, a personas con diferentes profesiones, tanto de las ciencias sociales como de la salud, de diferente identidad de género, diferente rango étareo y diferente adscripción institucional.

Que deseen participar libre y voluntariamente de la investigación: Como criterio relativo a la ética en investigación con seres humanos.

Finalmente, las personas entrevistadas tuvieron las siguientes características:

Diagrama 1: Perfil profesional y disciplinar de los/as entrevistados/as



Se entrevistó a 9 personas, 5 hombres y 4 mujeres. El rango de edades va desde los 29 a los 75 años, con un promedio de 40 años. Los años de desempeño en salud mental van desde los 4 a los 40 años.

Diagrama 2: Instituciones de desempeño de los/as entrevistados/as



En el capítulo de Resultados y Análisis, las citas son organizadas mediante las categorías descritas en los diagramas, es decir, identificando si el/la entrevistado/a es profesional o académico, qué formación tiene y en qué institución se desempeña, de la siguiente manera:

“Entonces puede ser que la inclusión social sea otra forma de homogeneizar un grupo y que se parecería mucho a la adaptación social, dependiendo de cómo sea el que aborda el tema”
(Académico, Fonoaudiólogo, Universidad de Valparaíso)

b. Técnicas de producción/recolección de información

Los instrumentos utilizados fueron técnicas de conversación (Valles, 1999) y análisis documental (Valles, 1999)

La **Entrevista Activa Reflexiva** (Holstein y Gubrium, 1995) se utilizó de manera individual, acorde a la perspectiva socioconstruccionista, con la finalidad de obtener información más detallada y en profundidad respecto de la temática. Al ser los/as profesionales y académicos/as trabajadores/as del área de la salud mental, pueden verse enfrentados a un discurso socialmente aprendido e institucionalmente validado, por tanto mediante la entrevista activa se buscó interactuar con el/la entrevistado/a para generar un proceso dialógico en el que emergiera el discurso auténtico. Esta modalidad de entrevista permite e intenciona que la entrevistada no sea un ente pasivo, sino que pueda expresarse, replanteando preguntas e indagando sentidos acordes al discurso del/la entrevistado/a, motivando un diálogo que no sólo se preocupa de los significados del hablante, sino también del proceso en que se produce dicho significado.

Se utilizó la pregunta *¿Qué es para ti la inclusión social?* o *¿Qué entiendes por inclusión social?* como disparador. Se buscó y priorizó la libertad y flexibilidad de adaptarse en el encuentro con el/la entrevistado/a (Valles, 2003), debiendo reagendar fechas de entrevista acordes a la disponibilidad de la persona y acercándome al lugar que se sentía más natural para el/la entrevistado/a.

Con todas las personas, se realizó un encuentro por entrevistado/a, sin necesidad de solicitar un segundo encuentro, dado que la extensión de la mayoría de las entrevistas no hizo necesaria la profundización de algunos aspectos, al emerger durante la instancia acordada los elementos más significativos. Se estimó un tiempo promedio de duración de una hora, siendo todas las instancias de tal duración o más, salvo en la entrevista con el psiquiatra, que tuvo una duración de 35 minutos, debido a los compromisos del entrevistado.

La técnica de registro fue la grabación de audio y la realización de notas de campo. Posterior a la entrevista, se realizó la transcripción y subsiguiente análisis.

El **Análisis documental** fue principalmente de *documentos escritos* (Valles, 1999), correspondientes a documentos oficiales de administraciones públicas. De la Política Pública chilena en Salud Mental se analizó el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, del año 2000. Del ámbito de la Discapacidad, se analizó la Ley 20.422 (2010) que Establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de las Personas

con Discapacidad y, en su contenido, refiere de manera específica a usuarios/as de servicios de salud mental como Personas con Discapacidad Mental de Causa Psíquica.

El criterio de **saturación teórica**, que se manifiesta cuando no emerge nueva información al implementar la técnica, fue el criterio para el cese de la aplicación de éstas. Se realizó un total de 9 entrevistas, a profesionales y académicos con las características descritas anteriormente.

c. Técnicas de Análisis

Se utilizó el **Análisis de contenido (con elementos discursivos)** como técnica de análisis de la información de los datos recolectados. Esta técnica es pertinente con la perspectiva crítica, relacional y socioconstruccionista planteada como fundamento y sustento de esta investigación, así como de su marco teórico. Se entiende que los discursos de las personas no son construcciones aisladas de un contexto, atemporales ni neutras, por el contrario constituyen efectivamente una práctica y una representación de realidad:

Los discursos no emanan del interior de los sujetos, ni tampoco son una inoculación ideológica que determina el pensamiento de los sujetos. Los discursos articulan el conjunto de condiciones que permiten las prácticas: constituyen escenarios que se erigen en facilitadores o dificultadores de posibilidades, hacen emerger reglas y sostienen relaciones. En definitiva, las prácticas discursivas ponen de manifiesto que hablar es algo más y es algo diferente que exteriorizar un pensamiento o describir una realidad: hablar es hacer algo, es crear aquello de lo que se habla cuando se habla". (Foucault, 1970)

El análisis de contenido con elementos discursivos en esta investigación en particular es efectivo para dilucidar los efectos que el discurso de profesionales de servicios de salud mental y académicos que trabajan en el área construyen, y para interpretar sus sentidos, pues permite develar no sólo lo dicho, sino también la intencionalidad, el contexto y las implicancias que este discurso tiene.

d. Consideraciones éticas

Es necesaria la honestidad intelectual de asumir que “las preguntas de una investigación se estructuran por intereses personales y políticos que deben ser explorados, más que escondidos, porque es cuando se ocultan que hacen más daño” (Parker, 2002, p. 10).

Para el proyecto de investigación realizado, se tiene en consideración que en el año 1991 se definen los “Principios de Naciones Unidas para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental”; el cual consagra como principio número seis la **confidencialidad** afirmando que “Se respetará el derecho que tienen todas las personas a las cuales son aplicables los presentes principios a que se trate confidencialmente la información que les concierne” (OMS, 2006, p.3), principio que rigió la investigación, manifestado mediante la **privacidad** al momento de las entrevistas y el **anonimato** en relación a los/as participantes.

Un segundo aspecto que se consideró para el desarrollo de esta investigación fue, como se mencionó en los criterios de inclusión, la **libertad de participación**, es decir la voluntariedad de las personas para participar de la investigación.

Lo declarado anteriormente se registró formalmente mediante la redacción de un **consentimiento informado**, el cual fue leído y explicado a los/as participantes del estudio, para luego ser firmado por quienes aceptaron formar parte de la investigación.

Estos elementos fueron pensados para el proyecto inicial en clave de la participación de usuarios/as de servicios de salud mental, pero se mantuvieron al realizar la investigación con profesionales y académicos, pues la necesidad de reflexividad y de un ejercicio constante de vigilancia epistemológica (Bourdieu, 1999) conlleva también un posicionamiento ético, independientemente de que no haya sido acompañada del planteamiento desde la perspectiva de los/as participantes y no se haya cumplido con el objetivo de amplificar su voz. Ésta perspectiva puede verse como un beneficio, así como también conlleva la responsabilidad de preservar el cuidado de los elementos planteados anteriormente.

e. Resultados esperados

Se espera la generación de información significativa y sistemática respecto del concepto de inclusión social aplicada en el ámbito de la salud mental, desde la perspectiva de profesionales, académicos y política pública.

Aportes para el análisis de la incidencia de dispositivos de rehabilitación psicosocial para la inclusión social de los/as usuarios/as de servicios de salud mental.

Información que permita relacionar el discurso desde la Política Pública, los profesionales y académicos que se desempeñan en el área, como insumo para evaluar su coherencia y pertinencia.

Relevar la importancia del diálogo y co-construcción de las medidas técnicas adoptadas, visualizando la dificultad de incorporación de personas que han sido diagnosticadas con una patología psiquiátrica, debido a barreras administrativas.

f. Plan de Análisis

El Plan de Análisis se propone como un **análisis temático** (González y Cano, 2010) de la información recopilada mediante los instrumentos aplicados, el cual tiene la intención de interpretar y analizar los discursos de los/as participantes, creando para ello categorías basadas en las temáticas emergidas durante las entrevistas principalmente, y el Análisis Documental. Además del discurso emergente de las entrevistas, es posible identificar a priori dimensiones del estudio, debido a que se encuentran consignadas en los objetivos de investigación y por tanto se intentan resolver a través de la pauta de entrevista (ver diagrama 3).

El procesamiento de la información se llevó a cabo, una vez realizada la transcripción de las entrevistas, mediante la lectura y organización de la información contenida. En un primer momento se realizó una codificación por entrevista, asignando a cada párrafo o línea en particular un código en función de su significado y su relación con las preguntas y objetivos de investigación.

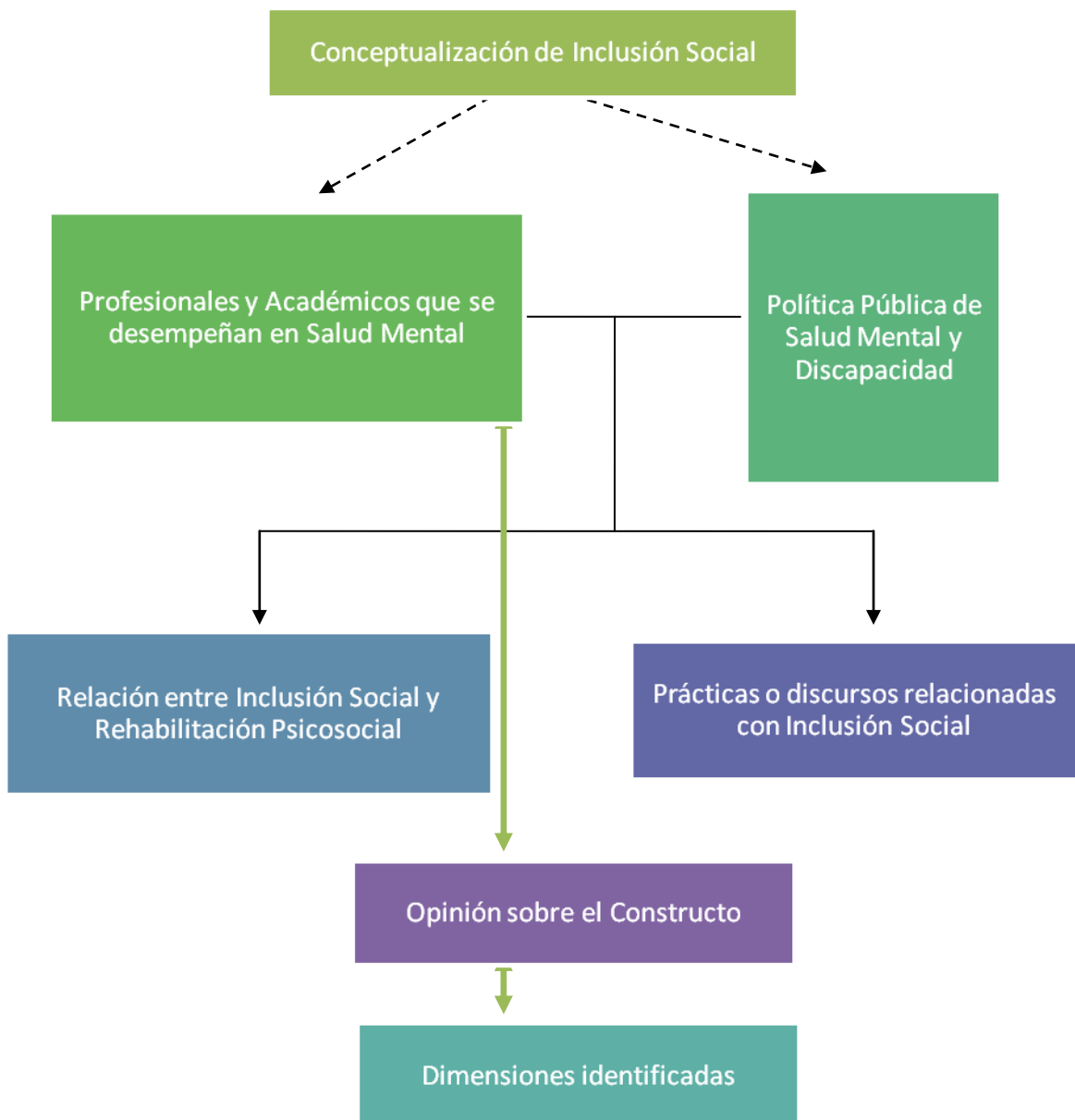
Posteriormente, se realizó una panorámica entre todas las entrevistas y los códigos asignados, dando cuenta de la recogida de abundante información. Para la reducción de datos significativos, se procedió a la agrupación de códigos con significados similares y finalmente de esta manera se levantaron las siguientes categorías de análisis:

- Definición de Inclusión Social
- Dimensiones de la Inclusión Social
- Opinión sobre el constructo
- Condiciones para la Inclusión
- Sujetos involucrados: Usuarios/as de servicios de sm y profesionales
- Discapacidad
- Intervención: ONG, Dispositivos, Rehabilitación.
- Políticas Públicas

Todo esto se realizó de manera manual, sin el procesamiento de ningún software. A esta altura del análisis, se presentaba un nivel de abstracción de la información que permitía dar cuenta de los significados asociados al fenómeno de la inclusión social, siendo posible incorporar otras variables al análisis, como las condiciones ético políticas, el contexto, la intencionalidad del discurso y sus implicancias, el contenido crítico, el lugar del sujeto entrevistado, entre otros, encontrándose aquí los elementos discursivos.

Finalmente, se decide presentar los resultados según Objetivos Específicos, para facilitar la lectura y dar cuenta de los resultados asociados de manera amigable. Los elementos emergentes, es decir que no guardan directa relación con los objetivos, se presentan como hallazgos de la investigación, por su importante aparición en los discursos de los/as entrevistados (usuarios/as de servicios de salud mental y profesionales), tanto en la cantidad de veces que fue enunciado, como en la profundidad del contenido.

Diagrama 3: Dimensiones para el Análisis Temático



Capítulo Cuarto: Resultados y Análisis

“A mí me decían cuando chico, que la gente que estaba desquiciada se cree un personaje histórico, como Napoleón, pero yo los veo a todos aquí, y nadie se cree Napoleón”

Participante de un Centro de Rehabilitación (Martínez, 2009)

Introducción

Como fue expresado en el capítulo precedente, Diseño de Investigación, el principal instrumento de recolección de información utilizado en esta Tesis fue la Entrevista Activa a profesionales y académicos del ámbito de la salud mental y complementariamente se utilizó el Análisis Documental de Política Pública.

Para dar paso de lleno al siguiente capítulo, correspondiente a la exposición de Resultados de la investigación y Análisis, se declara que se comenzará por la presentación de resultados según los Objetivos Específicos determinados en dicho capítulo.

Primer Objetivo Específico: Conceptualización de Inclusión Social

“Analizar los significados que los/as profesionales y académicos/as que se desempeñan en salud mental, asocian a la inclusión social”

1.1. Significados asociados a la Inclusión Social

Desde el discurso del colectivo, se observan dos tendencias claras, respondiendo ante el cuestionamiento acerca del significado del concepto de inclusión social, desde su propio entendimiento, con definiciones relativas a **(1) equidad/igualdad y (2) integración/adaptación.**

Estas conceptualizaciones dicen directa relación con la serie de movimientos descritos en el Marco Teórico, en el cual se expuso la transformación del concepto asociándolo a los constructos que se describirán a continuación.

En un primer caso, existen relatos en que se presentan definiciones de la palabra inclusión social desde la **equidad**, donde está implícita la idea de que la inclusión social funciona a modo de compensación de desigualdades en la sociedad. Esta equidad es planteada como inclusión social siempre desde la visión de un proceso, que aparentemente ya estaría en funcionamiento, mas no ha concluido (debido al mantenimiento de situaciones de inequidad).

“Inclusión social implicaría que todos los grupos sociales que están en desventaja, en desigualdades estructurales, tiene que haber proceso en que les permita... yo lo vería como una situación de equidad” *Profesional, Psicóloga, SEREMI*

Además, se presenta la figura de “otros”, es decir, no se habla desde la propia persona, no se asocia directamente el concepto con la experiencia personal, ni como perteneciente o característico del colectivo de esta investigación, es decir, es visto el concepto de inclusión social con una definición **externa**. Se identifica a *grupos sociales en desventaja* como depositarios de este proceso que les permita alcanzar una situación de equidad, sin definir uno en particular.

Se entiende que serían, por tanto, todas las llamadas minorías, incluyendo personas con discapacidad, diversidad sexual, migrantes, es decir las personas en situación de exclusión.

“El constructo de inclusión social, busca que personas con capacidades diferentes sean incluidos en este otro lugar, donde las capacidades diferentes puedan ser incluidos en este contexto, en este caso Chile, con ciertas características y desempeñando algún papel dentro de este conjunto” *Académico, Fonoaudiólogo, Universidad de Valparaíso*

Reafirmando lo expuesto, se manifiesta el componente externo y la población destinataria, el que es asociado directamente a la experiencia de las personas denominadas con “*capacidades diferentes*”. Según el relato, el grupo identificado debe salir de la exclusión para ser incluidos en ese espacio que comparten (la sociedad entera, Chile), pero del cual contradictoriamente no son partícipes.

En este sentido, es necesario destacar también las denominaciones y el tránsito del lenguaje utilizado que se ha tenido en el ámbito de la salud mental y la discapacidad en general, como fuera abordado en el marco teórico con Foucault (2004). Este nuevo término de inclusión social, promueve también la idea de que los viejos términos para referirse a las personas que han sido diagnosticadas con una patología psiquiátrica (locos/as, dementes, esquizofrénicos/as, *chalados/as*, *mongolitos/as*⁴, etc.) y personas con discapacidad (enfermitos/as, discapacitados/as, minusválidos/as, incapaces, anormales, etc.) no serían adecuados. Incluso se ha expresado en la Política Pública, por ejemplo en las Recomendaciones para el uso correcto del Lenguaje en temas relacionados con Discapacidad del Servicio Nacional de la Discapacidad.

Esto – desde el punto de vista de quien escribe – tiene un aspecto positivo y uno negativo. Como aspecto positivo, se ha dejado de adjetivar a las personas, llamándolas la esquizofrénica, el bipolar, la depresiva, para incorporar la visión de “situación” de discapacidad, no como condición de vida, ni como elemento identitario principal, así como también ha sido visto socialmente como un acto de respeto y por parte de algunas agrupaciones de personas con discapacidad como un acto (lingüístico) reivindicativo.

Desde el lado negativo, se observa también el florecimiento de una serie de eufemismos de la más diversa índole, que no hace más que marcar diferencias abismales y reproducir la misma lógica discriminatoria, de manera más soterrada. Podemos encontrar el surgimiento de conceptos como personas con necesidades especiales, personas con capacidades diferentes, víctima de discapacidad, etc. que victimizan, infantilizan (cieguito) o brindan características exacerbadas (personas con capacidades diferentes suena a súper héroe), en lugar de apuntar hacia la equidad en la diversidad.

⁴ Chilenismo

Retomando el análisis, vemos que esta categorización (en que se asocia al concepto en un nivel externo) da cuenta de que la conceptualización se ve influenciada por factores como el contexto, debido al cual los/as profesionales y académicos asocian la palabra *inclusión* a experiencias de terceros/as, por tanto a una subjetividad que les es ajena, lo que se ve reflejado en la definición realizada en tercera persona y en que la comprensión de dicha palabra se realiza relacionándola con las sensaciones y sentimientos que, se asume, el otro puede percibir.

A su vez, esto hace alusión al rol desempeñado por cada uno/a en relación a la Inclusión Social (como profesional y/o académico, personas que han sido diagnosticadas con una patología psiquiátrica o con discapacidad) y la vivencia de esta experiencia, que muestra cómo, a través de su discurso, los/as profesionales no se plantean como sujetos receptores de prácticas inclusivas, sino que subyace la idea de que ellos/as están incluidos/as.

Por otra parte, se refleja una connotación *positiva* en el discurso, pues la inclusión se manifestaría en restitución de una situación de exclusión y acarrearía consecuencias positivas para quienes son receptores de ésta, como la igualdad de derechos y su consecuente participación en equidad en la sociedad.

Esta forma de conceptualizar la Inclusión Social dice relación con el primer y tercer movimiento descrito en el Marco Teórico, en el cual se entrelazan los conceptos de exclusión, con el de perspectiva de derechos, interpretados como primer y tercer movimiento respectivamente.

El primero está presente desde el lugar en que se coloca a las personas con discapacidad (o minorías, como ya se mencionó), en su condición de excluidos. El segundo desde el vuelco hacia el cual se dirige la Inclusión Social, incorporando el acceso garantizado a la ciudadanía y derechos de la más diversa índole.

En una segunda categoría, encontramos que a Inclusión Social se le relaciona directamente a *Integración y Adaptación*, que para los fines de esta tesis serán tomados dentro de una misma categoría por los significados asociados a éstas, con el despliegue de una visión más crítica del constructo.

“Siempre los constructos son el nuevo nombre de otro anterior, que al cambiarlo maquilla más que otra intención que siempre viene disfrazada del antiguo y pareciera como algo muy novedoso y en cierta forma pareciera como que es algo nuevo. Y se dejan atrás otros que tiene que ver con el tema de la integración, que la llamaron inclusión” *Académico, Fonoaudiólogo, Universidad de Valparaíso*

Si bien el entrevistado definiría que se cambia de nombre, pero que se estaría hablando de lo mismo, subyace a lo largo de los discursos que emergen de la categoría integración/adaptación una mirada que no ve inclusión social como un término ingenuo, como veremos más adelante.

Es aquí donde emerge explícitamente lo descrito en el Marco Teórico respecto de los movimientos de conceptualización, que refieren la relación que la integración social tiene con la inclusión social. Más bien de la inclusión como superación de la Integración - entendida como abrirse paso en una sociedad cuya dinámica no es flexible y no genera estrategias que faciliten la apertura de su sistema - para recibir a la persona excluida, quien debe con sus propios medios (intentar) adentrarse en el colectivo, con la impronta del “de afuera”.

En términos generales, pareciera ser que este cambio de conceptos de integración a Inclusión social conlleva implícitamente un nuevo relacionamiento, desde una figura más estática y unilateral de integración, a otra donde la inclusión es una construcción de varias partes, con una sociedad también involucrada.

Ahora bien, desde la perspectiva de uno de los entrevistados, encontramos también una definición de integración que afirma que

“Es la forma más [divulgada], porque en la bibliografía americana hablan de integración como asimilarse a las normas y cultura de un grupo” *Académico, Sociólogo, Universidad de Valparaíso*

En esta definición se hace referencia a que el concepto de Integración sería parte de la bibliografía americana, primera referencia cercana a una teorización en la materia.

Esta relación con Integración supone que la persona debe amoldarse a los requerimientos y valores de la sociedad – anteponiéndola a los suyos – para poder ser parte. Disyuntiva de compleja resolución, sobre todo considerando que hablamos de un grupo de personas denominadas en situación de desventaja.

En la misma línea, implicaría la asimilación a las normas, lo cual se rescata y relata directamente por parte de los/as entrevistados/as, quienes desde una perspectiva crítica aportan una nueva inflexión: Inclusión social como Adaptación.

“Entonces puede ser que la inclusión social sea otra forma de homogeneizar un grupo y que se parecería mucho a la adaptación social, dependiendo de cómo sea el que aborda el tema”
Académico, Fonoaudiólogo, Universidad de Valparaíso

Se entiende por adaptación social el proceso según el cual se lleva a la persona a actuar según normas y valores sociales (Chuaqui, 2002). Esta situación no consensuada, mantiene al sistema en una relación coercitiva hacia el sujeto, al cual se le demanda una serie de ajustes prefijados en el cual la persona debe encajar para no encontrarse marginada.

Desde una reflexión que surge a raíz de estas cuestiones, cabe preguntarse, ahora bien ¿qué alternativas tenemos frente a esta situación? en la sociedad actual en la cual vemos como generalizado un modelo de consumo (Rodríguez, 2012), en el cual la adquisición de bienes materiales, el uso (y abuso) de la tecnología y la explotación de recursos para beneficio de la modernidad es regla? Quedamos sujetos a estándares de vida que marcan la “normalidad” y, por tanto, genera un límite de acción tácito entre la población, que indica que todo quien no tenga cierto bien o esté inserto en tal red social cae en el otro extremo de anormalidad.

“[Adaptación social] Produce personas que están buscando las señales del sistema, para actuar de acuerdo a lo que el sistema les pide y desde ese punto de vista produce individuos pasivos, dóciles, sin iniciativa, porque si la persona está continuamente con temor de violar las reglas del sistema no va a actuar creativamente porque eso va a significar una ruptura y, como va a estar evitando cualquier ruptura, va a actuar de manera obediente, disciplinada, pero no va a poder expresar su creatividad” *Académico, Sociólogo, Universidad de Valparaíso*

Como se verá en otro apartado del análisis, es precisamente aquí donde toman protagonismo los/as usuarios/as de servicios de salud mental y su participación en este proceso. En general, son visualizados desde la perspectiva de los/as entrevistados/as como “sujetos pasivos” como expresa el entrevistado en este fragmento, internalizados en un rol de *paciente psiquiátrico*, como vimos en el marco teórico con Goffman (2001).

En este sentido - y bajo estas condiciones - cabe plantearse: ¿Entonces, de qué manera se incorpora la diversidad en la sociedad?

1.1.1 Elemento emergente de análisis: Inclusión como condición Estructural

Si bien la gran mayoría de las opiniones de los/as entrevistados/as están orientadas a los dos tipos de definiciones brindados anteriormente, emergen también del discurso definiciones que dan cuenta de otra forma de entender la inclusión, que no dice relación con aspectos abstractos o procesuales de ésta, sino más bien apuntan a condiciones concretas y tangibles que se convertirían en indicadores de la inclusión de una forma explícita.

“La preponderancia que se le ha dado a la escuela laboral ha hecho que la inclusión sea la posibilidad de que la persona pueda tener herramientas para desenvolverse en un ámbito laboral, por ejemplo, y que tengan que ser incluidos laboralmente” *Académico, Fonoaudiólogo, Universidad de Valparaíso.*

Se desprende entonces que el Trabajo sería un condicionante de la definición de inclusión social - y al mismo tiempo - un objetivo en sí mismo.

Al respecto – y desde la óptica de usuarios/as de salud mental - caben preguntas como el qué oportunidades laborales se presentan para ellos/as, en qué condiciones, con qué apoyos. Así mismo, cómo coadyuva en este proceso la Política Pública, que no establece mecanismos focalizados para esta población en el área laboral como veremos a continuación y por otro lado, brinda ayudas asistenciales como el Carné de Discapacidad y la Pensión Básica Solidaria de Invalidez como mecanismo que *certifique* su discapacidad, no sólo nominalmente, sino también en medidas porcentuales (literalmente, 70% discapacidad psíquica), y con ello acredite en qué cuantía la persona no está habilitado/a para desempeñarse laboralmente. Como si – irónicamente - con la certificación lo que se hiciera es inhabilitar a la persona.

Desde otro punto de vista, también se puede cuestionar el hecho de que la actividad laboral, que parece ser un indicador común que refleje el estado de inclusión de una persona, es en sí una fuente de estresores. En Chile, se presentan en la actualidad condiciones como la flexibilidad laboral, la desprotección de seguridad social y en salud, la inestabilidad debido a la contratación a honorarios, no con contrato y a la temporalidad de los vínculos laborales. Esto obliga a las personas a ser gestoras de su propia capacidad

laboral, con el consecuente sesgo individual y competitivo del trabajo, en desmedro de la visión colectiva de gremios y sindicatos, organizaciones cada vez más debilitadas en Chile.

“La mayor parte de la gente tiene o el estudio o el trabajo o los quehaceres domésticos. [Paz: Como...] ¡Formas de inclusión! O sea porque, eh, por ejemplo, ¿estar en la casa todo el día y participar de la junta de vecinos es inclusión? ¡No! Porque la actividad adulta en nuestra sociedad tiene ciertas responsabilidades y se supone que cuando le preguntan a una persona ¿Quién eres tú? ¿Qué es lo que eres? Te dicen que soy médico, soy... siempre por el oficio” Académico, Sociólogo, Universidad de Valparaíso

En este caso, se amplía el espectro de actividades – sin descartar la laboral – que compondrían los indicadores de Inclusión Social, sin embargo la persona quedaría asimilada a su rol en la sociedad (“*siempre por el oficio*”).

Se desprende de ambas expresiones que existen en nuestra sociedad ciertos requisitos concretos que indican - de una u otra manera – que se espera un grado de *productividad* de las personas para el funcionamiento del sistema. Este concepto nos acerca a la *funcionalidad*, evaluada comúnmente en el ámbito de la discapacidad como indicador de avances terapéuticos.

Se incorpora el estudio y los quehaceres domésticos como formas de inclusión social, ambas actividades que definen roles activos y aceptados de manera general en nuestra sociedad, integrando una tríada de instituciones tradicionalmente puestas en la categoría de normalidad y deseabilidad: Educación, Trabajo y Familia.

Si bien emerge nuevamente el tema del Trabajo, ya se brindaron algunos antecedentes del ámbito laboral de las personas diagnosticadas con una patología psiquiátrica marcados mayoritariamente por una visión de discapacidad como condición, que opera a través de prestaciones asistencialistas como la pensión o certificación de discapacidad. Se profundizará en el ámbito laboral - y la inclusión laboral en particular - más adelante.

En el caso de la educación, según investigaciones (Chuaqui, 2012), las personas diagnosticadas con una patología psiquiátrica se distribuirían de la siguiente manera: Educación Superior Completa 8,9; Educación Superior Incompleta 25,9; Educación Media Completa 21,4; Educación Media Incompleta 17,9; Educación Básica Completa 12,5; Educación Básica Incompleta 12,5; Sin educación 0,9. Esto refleja que un 56% tiene terminada su educación media e incluso ha tenido formación especializada, un 30,4% tiene educación básica completa y media incompleta y sólo un 13,4% tiene básica incompleta (de

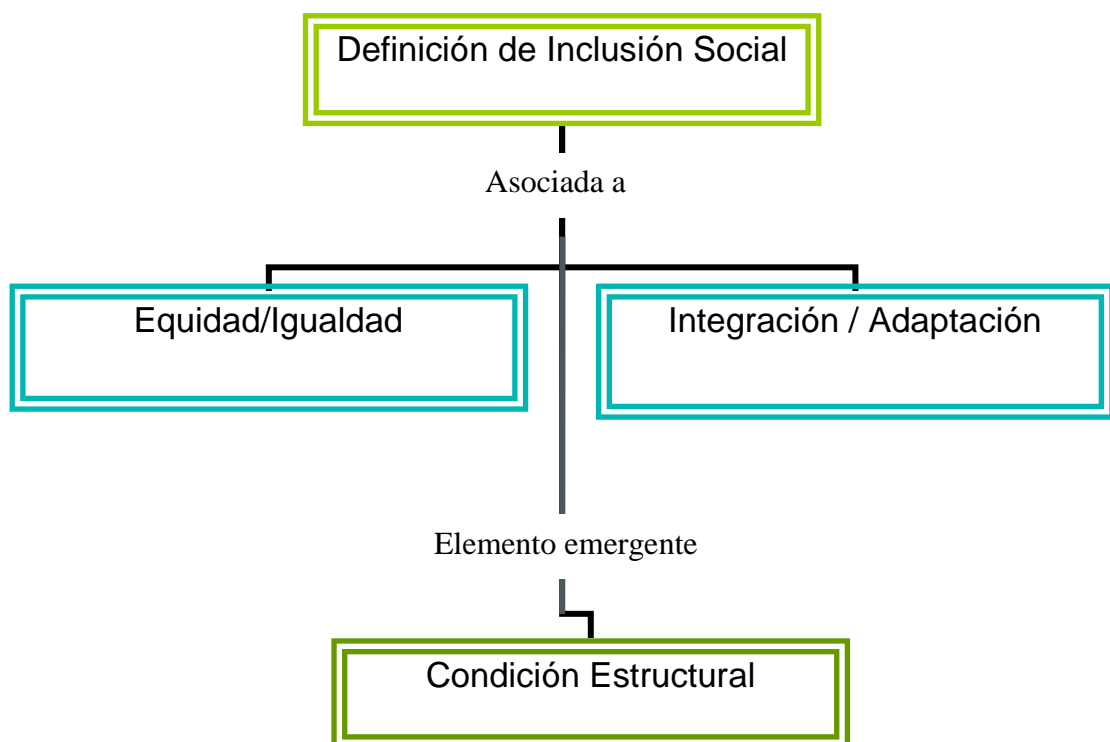
este porcentaje, sin educación un 0,9%). Esto, sin que medie consideración de otras variables como el género, nivel socioeconómico o situación familiar, entre otros.

Sin embargo, en lo que concierne a esta tesis, no hay mayores referencias desde la narrativa de los/as entrevistados respecto de la Educación, ni como objetivo de trabajo, ni como Política Pública, ni como conceptualización, de lo cual se podrían inferir dos posturas: O no es necesario, debido a que el diagnóstico psiquiátrico dista de la discapacidad intelectual y las dificultades en el área educativa dicen relación prioritariamente con un déficit cognitivo que puede ser producido, incluso, como efecto secundario de los medicamentos; o bien porque no se visualiza como foco de trabajo el que una persona diagnosticada con una patología psiquiátrica termine sus estudios o continúe hacia la profesionalización en una carrera técnica o universitaria. Esta última podría explicarse debido a que en la gran mayoría de los casos, las personas son diagnosticadas durante su adolescencia o como joven adulto (que es también una edad productiva en términos laborales, sin lugar a dudas), por tanto ya han transitado su enseñanza en el liceo y muchos/as ya poseen un título técnico y/o universitario.

En el caso de la familia, según investigaciones (Chuaqui, 2012) del 100% de hombres diagnosticados con esquizofrenia encuestados, el 84% son solteros, el 7% son separados y un 2% viudos, en total un 93% sin pareja (formal, dado que la variable es estado civil).

Como es evidente, las cifras son desfavorables en la realidad de personas diagnosticadas con una patología psiquiátrica. No sólo es necesario incorporar al análisis la dimensión de Estigma, para aportar a la comprensión desde la postura de todos/as los/as involucrados/as. Esto implica también evaluar la contraparte: ¿De qué manera se despliegan dispositivos, alternativas, oportunidades de inclusión educativa, laboral y familiar, que se amolden a las diversas realidades?

Diagrama 4: Resumen de Tendencias presentes en el discurso del colectivo de investigación respecto al Concepto de Inclusión Social



1.2. Dimensiones de la Inclusión Social

Es posible reconocer en los discursos de los/as entrevistados distintas dimensiones que componen la Inclusión Social. Las dos primeras, asociadas a ámbitos que se abordaron en el apartado anterior: Dimensión Subjetiva y Estructural. Doble dimensión, pero no dicotómica.

“Hay una dimensión subjetiva [de la inclusión], sin duda y aquí me lo refleja esta frase del usuario [que refiere querer *ser un hueón más*]. Entonces es importante que sean considerados, cuando yo me subo a la micro, cuando yo camino por la calle o cuando voy al banco a certificar algo”
Académico, Psicólogo, Universidad de Chile

La **Dimensión Subjetiva** indicaría, en primer lugar, la valoración que se brinda a la Inclusión Social. También, que en este constructo median significados y sentidos del sujeto como la *percepción y sentido* respecto a nuestra vida. Y finalmente, incluso un mecanismo para poder definir – desde nuestra propia valoración - si estamos o no incluidos/as.

Por una parte, vemos que es una dimensión necesaria para personalizar y singularizar el estudio de inclusión y ampliar la mirada más allá de un fenómeno social, no sólo como un proceso sociológico, sino también involucrando el punto de vista de quien está viviendo dicho proceso, cómo se significa la inclusión, el *desde dónde* se define la inclusión.

“Yo creo que es un tema que es súper fino, porque es a nivel de percepción de cada uno, porque si tú me preguntas si yo me siento incluida en la sociedad hoy en día, de pronto yo te podría decir que no” *Profesional, Trabajadora Social, SENADIS*

Por otra parte, también dentro de esta valoración surgen vivencias y trayectorias que producen emociones particulares. Las narrativas de los/as entrevistados/as lo asocian a aspectos como la *pertenencia*, el ser *considerados/as*, el “*ser parte de*” como proceso y experiencia interna del sujeto.

En este sentido, se puede ver el *ser parte* de algo, como lo contrario de estar por fuera, traduce la idea de exclusión-inclusión en términos topográficos: adentro/afuera.

Paradójicamente, podemos encontrar en usuarios/as de servicios de salud mental una tercera arista a esta topografía adentro/afuera: estar muy adentro.

A lo mejor empezó a generar un malestar hacia los otros integrantes y por cuestiones de convivencia lo echaron, pero ese echarlo no significa que lo hayan desterrado de

un país físicamente, sino que, por ejemplo, puede ser incluso **que lo hayan metido más adentro, como en un manicomio** o lo hayan encerrado (Martínez, 2009, p.67)

En este sentido también se incorpora un último elemento para el análisis de la Dimensión Subjetiva de la inclusión social: La *voluntariedad*.

Esto surge como un elemento interesante y sumamente relevante para los desafíos que hemos visto que tienen en la vida cotidiana las personas que han sido diagnosticadas con una patología psiquiátrica, tanto a nivel de validación, de participación y toma de decisiones. Vimos con Spandler (2007) que la inclusión social se planteaba como un imperativo y por tanto algo deseable para la totalidad de la población y un objetivo a alcanzar. En este sentido, lo que se plantea es que también un elemento asociado a la dimensión subjetiva es si quiero - o no – estar incluida.

Si pensamos en clave de autonomía, podemos retomar el pensamiento de Chuaqui (2002), cuando plantea que las personas que no han sido diagnosticadas con una patología psiquiátrica no son castigadas (si bien son sancionadas y también puestas en tela de juicio muchas veces) por infringir ciertas normas sociales o no hacer acuerdo con la política imperante, sino que se relaciona con la reivindicación y el derecho de libertad de expresión, también con tener una ideología y ser consecuente con ella mediante prácticas de resistencia e incluso con la militancia más político partidista.

En este sentido, apelamos entonces a que las personas que han sido diagnosticadas con una patología psiquiatría pueden y deben también decidir en autonomía, sin que ello se interprete como un acto de “rebeldía”, que debe ser asociado a descompensación o infantilización (“portarse mal”) y por tanto ser reprimido tanto por las personas cercanas, como por el personal de salud, quien generalmente realizaría un ajuste farmacológico.

“La primera imagen que se me viene es una persona feliz, sobretodo en el punto de vista en que te vas a incluir en la medida que estés interesada, tengas ganas, en la medida que quieras como opción, una persona feliz realizada, una persona que no está sola, que cuenta con la solidaridad social de sus pares, de redes de apoyos que necesita, con posibilidades de crear en sus entornos inmediatos que pueden ser igual diversos” *Profesional, Enfermera, Hospital de Día*

Por otra parte, la **Dimensión Estructural** se abordó anteriormente como condiciones concretas, materiales, que se manifestarían en indicadores tangibles, nos referimos a ser acreedor de bienes (por ejemplo inmuebles, como una casa), tener un trabajo, entre otros.

"Que yo diría que es más estructural, que podríamos definir como por ejemplo, el tener una familia, el tener una casa, el tener un empleo o el poder ejercer derechos básicos que son elementos fundamentales " Académico, Psicólogo, Universidad de Chile

Esta es una dimensión que genera una perspectiva de *intervención*, generalmente puesta en los objetivos de Política Pública, por ser más abarcable y de rápida resolución, mediante métodos asistenciales (entrega de beneficios, dinero, subsidios, facilitación de acceso a servicios, entre otros).

Si bien se entiende que estas medidas son insuficientes, superficiales y no abordan la problemática de exclusión de fondo (sino más bien de pobreza), no dejan de ser absolutamente necesarias, pues la garantía de condiciones básicas de vida brinda las condiciones de bienestar mínima. Difícilmente podríamos hablar de construcción de ciudadanía o de una persona incluida, sin cubrir elementos básicos como alimentación o vivienda dignos.

"Para tener inclusión social esto tiene subdivisiones que pueden tener inclusión laboral, inclusión educativa, que no puedes tu pensar en la inclusión social si no tienes las otras dos dimensiones, que son la educativa y la social, por ejemplo" Profesional, Trabajadora Social, SENADIS

Se presentan nuevamente relativas a la inclusión social, la inclusión educativa y la inclusión laboral, en este fragmento descritas como condiciones, "subdivisiones", es decir componentes esenciales para abordar el constructo.

No se desconoce que estas variables de Educación, Trabajo, entre otras, no estén compuestas a su vez por procesos y dimensiones subjetivas, pero como dimensión estructural se evaluaría si está presente o no como condición infaltable, para luego complejizar el análisis a evaluar la implementación y el impacto, por ejemplo incorporando elementos como la forma que adquiere este trabajo (alienante, transformador), calidad de éstas (calidad de la educación brindada, facilitadores y obstaculizadores de acceso a ésta).

Relacionado con la dimensión subjetiva, encontramos la **Dimensión Vivencial**, llamaremos a esta a la experiencia propia – y los sentidos y significados propios asociados- relativos a procesos de exclusión/inclusión.

“Me ha tocado trabajar con grupos que te dicen que ellos no son normales, “queremos tener los mismos derechos que los otros”, porque son distintos y salen otros conceptos como capacidades distintas, que no estoy muy de acuerdo porque todos tenemos capacidades distintas, pero la verdad es que, desde lo concreto, los grupos que trabajan en el tema, les es necesario, a propósito que han sufrido o han vivenciado la exclusión, que es como el antónimo, la otra cara de la moneda, la otra vereda digámoslo así” Profesional, Trabajadora Social, SENADIS

Vimos con la Dimensión Subjetiva la *percepción y sentido* de inclusión social y la propia valoración de si se está incluido/a o no. La Dimensión Vivencial, vendría a complementar esta dimensión, con la particularidad de ser específica de aquellas personas que en esta valoración, no se sienten incluidos/as, o no desean serlo.

Se rescata como una Dimensión importante, debido a que es reportada en el discurso de los/as entrevistados/as, quienes además refieren experiencias, relatos, pensamientos y reflexiones de personas que han sido diagnosticadas con una patología psiquiátrica, pero desde una visión de terceros al respecto.

Se debiese plantear como una dimensión inescindible del análisis, para evitar el sesgo que genera abordar la Inclusión Social únicamente desde la mirada de una parte, que generalmente es la perspectiva externa de profesionales, académicos, trabajadores/as de la salud o ciencias sociales y población general. Esto es importante sobretodo porque –como se vio anteriormente – estos grupos no se perciben a sí mismo en contextos de exclusión y por tanto visualiza que la inclusión es para otros/as, esos/as otros/as que no están presentes en esta tesis.

La voz de las propias personas implicadas debiera ser condición sine qua non para la construcción de Políticas de Inclusión Social, cuestión que se enfrenta directamente con la perspectiva de sujetos de protección de las personas con diagnóstico psiquiátrico y de la burocratización de los procesos de participación.

Esto se vio en el proceso de esta tesis y el capítulo de Punto de Inflexión – en la cual el cuestionamiento parte mucho antes de poder elevar a un nivel complejo la discusión y sus discursos, poniendo en tela de juicio desde un primer momento la *capacidad* de las personas para emitir sus opiniones, juicios, sentimientos, para posteriormente blindar con una serie de barreras (como la autoridad sanitaria y sus familiares) la oportunidad de intervención como sujeto válido.

Esta situación genera de por sí sesgos en la relación de este sujeto con el/la investigador/a, en desmedro de habilitar el despliegue de relatos de experiencia propia y única - Dimensión Vivencial - que permitan dimensionar este constructo de manera profunda y co-construida, superando la mera enunciación de intenciones de “inclusión social de personas con discapacidad” como un slogan generalizado, lo cual conlleva un ejercicio ético, político y epistemológico, no sólo teórico y conceptual. Mención aparte, la transformación de los mecanismos que regulan esta participación, tanto leyes y políticas públicas, como espacios de formación y creación de escenarios inclusivos que generen procesos de empatía.

Finalmente, encontramos en los discursos de los/as entrevistados/as la **Dimensión Colectiva**, que se despliega de dos formas. La primera, en relación a los grupos o población, anteriormente mencionamos *minorías*, que se ven interpeladas por este constructo de inclusión social.

“Tomando apellidos y va tomando aristas, depende del grupo objetivo y lo que tú tengas como objetivo a trabajar, por ejemplo, podemos hablar de la inclusión social de apellidos de personas con discapacidad, en personas que trabajan en el tema de la diversidad sexual, en fin, grupos étnicos, indígena, en fin” *Profesional, Trabajadora Social, SENADIS*

Hablamos de todas las referencias a agrupaciones o colectivos de personas que se organizan en torno a esta temática, personas con discapacidad, diversidad sexual e identidad de género (LGBT), grupos étnicos, migrantes.

Esto no implica que exista co-construcción, consenso de metas o una mirada transversal sobre la problemática, pudiendo encontrar diferencias significativas en los petitorios o los mecanismos puestos como alternativas, incluso dentro de un grupo aparentemente similar (como veremos más adelante respecto de la Discapacidad) donde las personas con discapacidad física, sensorial, intelectual o psíquica no comparten las mismas demandas. Más bien hace alusión a lo colectivo desde el proceso en el que nos agrupamos como seres con inquietudes similares y generamos procesos de autoayuda a raíz de ello.

“Yo veo a la persona incluida como eso, no sé si se puede hablar de una persona porque como se ve como algo colectivo, un sistema que haga que la persona pueda reflexionar, hacer sus aportes, tomar sus decisiones, obviamente todo sistema debe funcionar con ciertas normas, pero que pueda ponerse en esa posición de individuo colectivo, poder decidir y dialogar y discutir sobre ciertos temas y hacer transformaciones cuando algo no le parezca” Profesional, Trabajadora Social, Centro Diurno de Rehabilitación

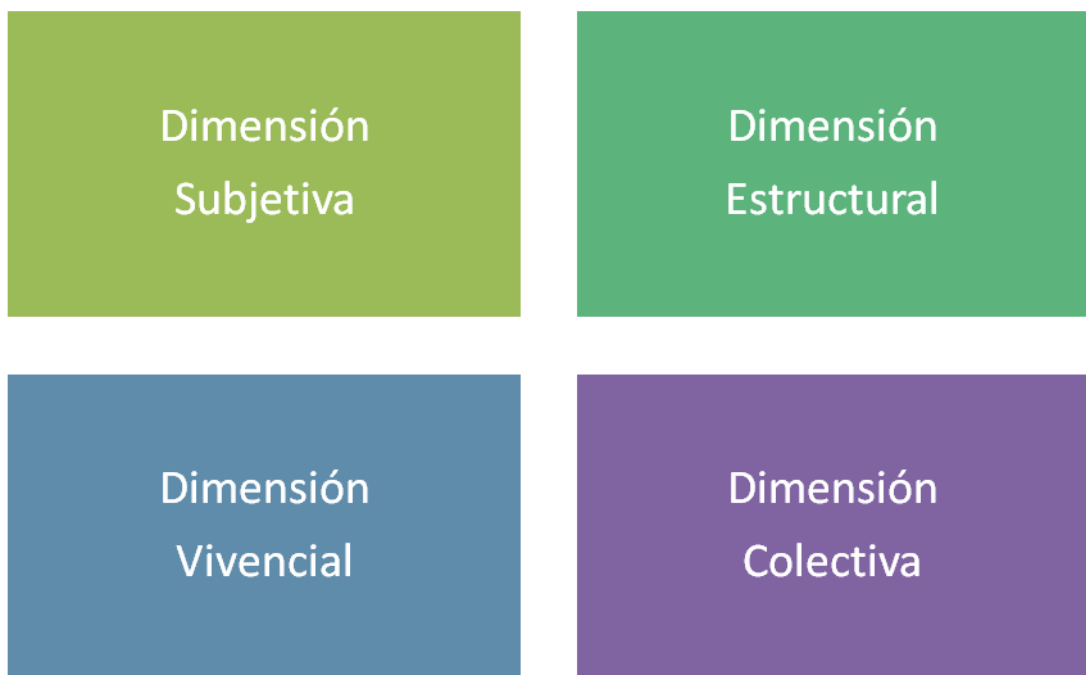
Una segunda figura colectiva tomaría forma desde el enunciado de que la inclusión social es en sí un proceso colectivo, no individual. Esta construcción de un “individuo colectivo” apela a la consideración de una red de involucrados/as en la cual el sistema es también parte. Este individuo colectivo interpela, dialoga con el sistema, tomando decisiones frente a sus normas, en un proceso activo que implicaría también transformar condiciones del sistema con las que no se está de acuerdo.

Las características asociadas a este individuo colectivo, de toma de decisiones, diálogo reflexivo y poder de generar transformaciones, colocan a esta segunda figura en un plano de posicionamiento activo. En la actualidad, la cultura de la sociedad chilena ha estado influenciada hacia el individualismo, con fuerte énfasis en la competencia y con desmantelamiento de organizaciones e iniciativas colectivas reivindicativas (como por ejemplo, los sindicatos, a través de precarización laboral y el pago a honorarios que inhabilita legislativamente a conformar sindicato, siendo el mínimo de personas empleadas a contratar), no es posible desplegar esta forma de comunidad sin entrar directamente en conflicto con el sistema.

Es sabido que en el ámbito de la salud mental se han generado en Latinoamérica procesos colectivos sumamente potentes, como la *luta antimanicomial* en Brasil y el mismo proceso que hoy vive Uruguay por la construcción de una ley de salud mental, en la que participan como movimiento social más de 40 organizaciones sociales, académicas y culturales.

Sin embargo, como veremos más adelante, más que la participación de todos/as los/as involucrados/as y el establecimiento de la salud mental como temática social, la reforma psiquiátrica en Chile ha tomado forma a partir del crecimiento en institucionalidad y capacitación profesional.

Diagrama 5: Resumen de Dimensiones de la Inclusión Social presentes en el discurso del colectivo de investigación



1.3 Condiciones para la Inclusión Social

1.3.1 Características de una persona incluida

Ante la pregunta de “¿Cómo visualiza a una persona incluida?” se obtienen algunas características que no logran – ni intentan tampoco - formar un perfil acabado de la persona incluida, sino más bien resaltar algunos de los elementos críticos que identifican profesionales y académicos/as.

En primer lugar, una persona incluida tiene cubiertas y elaboradas las dimensiones subjetivas y objetivas de inclusión social:

"Pero puedo ver, en gente que podríamos llamar incluida socialmente, que tiene ambas. En ese grupo, o una fracción o se siente parte de algo y además tener trabajo, casa, una familia"
Académico, Psicólogo, Universidad de Chile

En segundo lugar, es una persona reflexiva, con capacidad de autodeterminación y activa en la resolución de sus conflictos:

"Creo que tiene que ver con el concepto de reflexividad, una persona incluida es una persona reflexiva, en el sentido que puede mirarse y mirar lo que está pasando, y poder hacer algo al respecto también, como poder decir esto me parece, esto no me parece, como tomar sus decisiones, tomar las herramientas para poder hacerlo efectivo" *Académico, Fonoaudiólogo, Universidad de Valparaíso*

Finalmente, es una persona que puede ejercer sus derechos en plenitud en todo ámbito:

"Si la persona se siente incluida socialmente, en primer lugar esa personas debe ser una persona que ejerza su derecho en plenitud, y que te manifieste a ti o a mí en ese caso como profesional que ella como persona, puede ejercer en plenitud todos sus derechos en todo ámbito. Para mí esa persona esa incluida socialmente. Súper concreto" *Profesional, Trabajadora Social, SENADIS*

En conclusión: Dista mucho de una persona que ha sido diagnosticada con una patología psiquiátrica. Estas características mencionadas no surgen espontáneamente en una persona, sino que se habilitan también por el contexto y por tanto, genera ruido por las escasas oportunidades que tiene una persona con discapacidad mental de causa psíquica

de ser incluida. Por esto, no se puede dejar de describir las condiciones contextuales referidas por los/as entrevistados.

1.3.2. Condiciones del contexto

En general, las reflexiones de los/as entrevistados/as apuntan a las distintas partes involucradas en el concepto de inclusión, dejando como figura central al sujeto excluido.

“[En Inglaterra] Se genera una relación interesante, entre organización de usuarios fuerte, profesionales que trabajan en clínica y académicos. Entonces, cuál es la gracia, el profesional clínico se aboca más a lo clínico obviamente, todo lo comunitario lo cubre la ONG, y la academia hace su aporte metodológico para su evaluación” *Académico, Psicólogo, Universidad de Chile*

En las narrativas, no sólo se ve a los/as usuarios/as de servicios de salud mental cumpliendo un rol, sino que todas las partes funcionan dinámicamente, en armonía, pero desde sus propias demandas y aportes que realizan. En este sentido, el fragmento a continuación es ejemplificador y resume las posturas evidenciadas, mediante la descripción de una red de actores y sus funciones, para lograr la inclusión social:

Esta red de actores, con condiciones y funciones definidas, y una dinámica de trabajo colaborativo, se presenta en el caso de Inglaterra. En el contexto de Chile, algunas de las pocas condiciones que en la actualidad se estarían cumpliendo, son que las ONG cubren el trabajo comunitario principalmente, y que los/as profesionales se abocan al trabajo clínico, quedando pendientes los roles de usuarios/as y academia.

A pesar de lo definido en el Plan Nacional de Salud Mental, no existe una red de Servicios que incorpore a la totalidad de los/as involucrados/as, ni que genere división específica de funciones. Se tiene una amplia, compleja y eficiente red de dispositivos estatales de salud mental, más no una organización de usuarios/as y familiares fuerte, la presencia de ONG's se acota a sus posibilidades presupuestarias y, además, a lo que el convenio estatal le permita, puesto que la mayoría prestan servicios tercerizados al Estado mediante licitación. En el caso de la academia, se ve una distancia de la realidad de las instituciones y personas que se encuentran en situación de exclusión, concentrando sus esfuerzos principalmente en docencia, con una escasa presencia de actividades de Extensión y dejando la investigación a instituciones públicas prestigiosas, quienes son acreedoras de los fondos concursables de investigación.

Otra condición del contexto dice relación con condiciones estructurales. Como se mencionó anteriormente, es necesario para todos/as la cobertura de necesidades básicas (educación, salud, vivienda) para comenzar a hablar de igualdad de oportunidades.

“Te mencionan que para ellos sentirse plenos en la sociedad y tener, digamos, esta igualdad de oportunidades te dicen yo necesito ciertos pisos, ciertos pisos de cómo el estado u otro actor debería compensar” *Profesional, Trabajadora Social, SENADIS*

Si bien esto puede obedecer a una perspectiva asistencialista, incluso desde esta mirada la actuación estatal no es suficiente para las personas que han sido diagnosticadas con una patología psiquiátrica, si pensamos que una Pensión Básica Solidaria de Invalidez alcanza alrededor de los \$80.000 chilenos, es decir unos \$3.550 pesos uruguayos.

En este sentido y complementando la idea, se presenta una fuente de ingreso suficiente como condición del contexto para los logros relativos a la dimensión estructural.

“Es que todas las personas necesitan una fuente de ingreso suficiente, desde ese punto de vista tener un trabajo remunerado que le dé lo suficiente para él y para formar una nueva familia yo lo pongo de requisito porque una pensión asistencial no alcanza para eso” *Académico, Sociólogo, Universidad de Valparaíso*

1.3.3 Indefinición de roles: Excluidos, "Incluyentes" e Incluidos

Un aspecto considerado como necesidad para poder comenzar a operacionalizar la Inclusión Social, es el explicitar quiénes son los actores involucrados y cuáles los componentes y mecanismos en este proceso.

No hay explícitamente una perspectiva metodológica que permita generar indicadores de Inclusión. Es, en primer lugar, necesario definir quiénes son las personas afectas a ser incluidas, quiénes son las personas que se hacen cargo de este proceso y quiénes son los/as ya incluidos/as.

En segundo lugar definir el por qué deben las personas pasar por este proceso y qué grado de voluntariedad hay en él, además del rol que tomarían estos/as *Incluyentes*; facilitador, normalizador, terapeuta, represivo, transformador, etc., entendiendo estas definiciones no en un proceso lineal, sino como abarcador entre operacionalización de mecanismos e indicadores de inclusión, poder y sujetos (quién ostenta estos mecanismos y quién es depositario de éstos, su relación y el por qué de dicha distribución).

"Porque finalmente, cómo, los que están buscando incluir, la miden, o el contexto donde se incluyó; entonces si se pone como objetivo inclusión laboral, o si otro se ponen como objetivo la inclusión en un grupo extra que no sea laboral y quien va a decidir si funciona o no" Académico, Fonoaudiólogo, Universidad de Valparaíso

Esta indefinición denota también la dificultad de Evaluación de la Inclusión Social, es decir, al no estar definido ni operacionalizado el proceso, ni explícitamente definidos los roles y responsabilidades de cada parte, su medición tampoco resulta tarea fácil y por tanto, no se puede realizar una evaluación de su resultado, es decir "*si funcionó o no*". Esta necesidad evaluativa debe ser abarcada no con afanes meramente técnicos, sino por las implicancias éticas y políticas que tienen los procesos de inclusión y el peso que albergan estos roles de excluidos/as, "incluyentes" e incluidos/as.

Como se ejemplifica mediante la siguiente cita (que alude directamente a la cuestión de los sectores socio-económicos), en particular en el tema de salud mental, las prácticas público/privadas hacen una gran diferencia en la atención. Esto en referencia al acceso a atención especializada (demora para agendar, periodicidad de hasta más de 3 meses entre cada consulta), a las medidas que se tomen (particularmente la internación involuntaria), al tratamiento (cantidad y calidad de fármacos prescritos), sobre-intervención por diferentes programas y profesionales, entre otras problemáticas presentes en salud mental pública,

cuestión muy diferente de la realidad de atención para quienes pueden costear un tratamiento particular.

“Creo que la pregunta que deberíamos hacer es ¿a quién queremos incluir? Y ¿por qué? Tendría que ver muy en vista, eso de que la atención del paciente psiquiátrico que está en la esfera de clases medias altas, se le deriva mucho, o a la atención psiquiátrica o los que no alcanzan la atención psiquiátrica como sea" *Académico, Fonoaudiólogo, Universidad de Valparaíso*

La pregunta ¿A quién **queremos** incluir? Nos habla también del lugar desde el cual pensamos cuestiones como los procesos de exclusión/inclusión. Si bien se expresa claramente una consciencia respecto de las inequidades, también refuerza la idea planteada anteriormente sobre la visión de los/as entrevistados/as como personas incluidas. ¿A quién queremos – nosotros/as, los/as profesionales y académicos/as – incluir?

1.4 Opinión sobre el Constructo

- **Opiniones desde la valoración del constructo: Complejidad**

En términos generales, tanto en el relato mismo de los/as entrevistados/as, como en el proceso general de construcción de la información, no se expresó clara y concretamente una respuesta ante el *¿qué es inclusión social?*. También podríamos decir que en algunos casos pareció ser una respuesta compleja para los/as entrevistados/as.

En este sentido, se representa la complejidad del constructo, al no tener definiciones formales construidas, ni líneas de análisis que nos permitieran desplegar un discurso. Tampoco se hizo referencia en ninguna de las entrevistas a una definición del constructo de inclusión social desde un referente conceptual, teórico ni autores/as.

Por otra parte, para la realización de la pregunta respecto de la opinión del constructo, se brindaron conceptos que coadyuvaran al proceso de entender la pregunta, para asegurar la focalización de la respuesta hacia el constructo de inclusión social, no la situación de inclusión o el fenómeno como elemento social, sino en referencia al término, por tanto se planteó a los/as entrevistados/as: *“¿Qué opinión te merece el constructo? En términos de concepto, si te digo, inclusión social es... te parece que es un concepto claro, vago, ambiguo, concreto”*.

Dentro de las respuestas, se expondrán a continuación sus clasificaciones, poniendo énfasis en la respuesta del/la entrevistado/a, al ser este espacio de “Opinión de los entrevistados/as sobre el constructo”:

Complejidad - Operacionalización

“Yo creo que es complejo. No me parece particularmente ambiguo si lo vemos estas 2 dimensiones [subjetiva y estructural]. Pero es complejo definir como un trayecto a la inclusión, como un nivel de inclusión, es difícil de operacionalizar” Académico, Psicólogo, Universidad de Chile

Complejidad - Amplitud

“Es un concepto amplio, que es complejo, que pienso que se puede definir de diferentes perspectivas, entonces va a depender mucho de la contextualización del concepto” Académico, Médico, Universidad Católica de Chile

Esta amplitud del constructo, brindaría entonces una capacidad de éste de *adaptarse*, relacionado a la perspectiva desde dónde se tome y a la contextualización del lugar y tiempo en que se utilice. Respecto a esto, emerge una opinión que da cuenta directamente de los usos del lenguaje y la construcción de realidad a partir de éste. En esta reflexión, se expresa que inclusión sería un concepto claro, pero que se presta para poder ser utilizado por diferentes personas u organizaciones, siendo un concepto a ser tergiversado.

“Es un concepto desde mi punto de vista claro, no siento que sea confuso, ahora sí se podría dar para especular, según el punto de vista de la convergencia de alguna institución o grupo, que aún existiendo este concepto, pueda surgir, tergiversar o limitar” Profesional, Enfermera, Hospital de Día

Se subentiende que al respecto que asocian algunas implicancias de poder, como veremos a continuación, donde existe una interpretación de este constructo desde la lástima y como instrumento de poder usado desde la caridad.

“No hay definición”

Finalmente, encontramos - dentro de la apreciación del constructo en sí - un discurso divergente, que manifiesta que, más allá de la complejidad y la amplitud, directamente no existiría una definición de lo que inclusión social es.

“Igual eso de construir conceptos es algo en el que todos nos pongamos de acuerdo, por lo que no creo que haya una definición de lo que es inclusión social” *Profesional, Trabajadora Social, Centro Diurno de Rehabilitación*

• Opiniones respecto de las implicancias del Constructo

Más allá de la claridad o ambigüedad conceptual, desde las opiniones de los/as entrevistados/as respecto de la noción de inclusión social, se presentan también relaciones potentes del concepto con prácticas sociales y perspectivas de poder, por lo que el constructo en sí tendría profundas implicancias éticas y políticas.

Entre ellas, encontramos presente en el discurso de profesionales y académicos:

Asistencialismo

“Eso estaría, más bien, en un concepto de asistencialismo, decir: vamos a meterlos vamos a... eso vamos a hacer políticas más asistencialistas para garantizar los derechos humanos” *Profesional, Psicóloga, SEREMI*

Indefinición de Incluidos/Incluyentes/Excluidos

“Entonces otros tienen que darse el trabajo de como los vuelven a insertar o tal vez, incluir porque nunca estuvieron dentro. Entonces ahí podríamos enfrentarnos a esta limitancia y decirnos qué está dentro y qué está fuera. Y quienes tienen la potestad de decir que te voy a entrar en tal contexto o no” *Académico, Fonoaudiólogo, Universidad de Valparaíso*

Constructo como ideal “Lo que debería ser”

“Es un concepto ideal, donde yo creo que algunas personas y algunos grupos están luchando para que se dé, aunque está en la conciencia de algunos grupos o algunas personas de que eso debiera ser. Es ideal no en lo utópico, no como que nunca se va a lograr, sino que es lo que debiera ser, hago un poco la diferencia, porque algunas veces se habla de esto es lo ideal pero nunca lo vamos a lograr, esto no es por ahí” *Profesional, Trabajadora Social, Centro Diurno de Rehabilitación*

Concepto en boga

Entonces si bien está más en boga usar la palabra inclusión, creo que va como las palabras se carga y descargan, inclusión va visto como la buena obra, la lástima, desde bonismo y no ver así al otro de forma autónoma” *Académico, Fonoaudiólogo, Universidad de Valparaíso*

Intención. Lástima.

“Yo creo que sí el concepto puede tener un ámbito negativo al marcar demasiado la diferencia, como a veces como un problema, como algo que fragmenta, como algo que separa, que genera alguna dificultad y tenemos que definir algo, responder a eso, entonces pongámonos de acuerdo, inclusión social es nuestro tema y todos individualmente. Desde el punto de vista más neoliberal, vamos a responder a esta necesidad, “tenemos que ser buenos”, “tenemos que incluir al otro”, estoy hablando en forma irónica, “vamos que hacer un esfuerzo especial” para que la persona que nació sin un brazo o tiene algún problema en salud mental en particular también tiene un espacio “nosotros les vamos a dar un espacio”. Entonces aquellas personas que tienen el poder, generan ahora un espacio para que los que son “distintos” se sientan “aceptados”” *Académico, Médico, Universidad Católica de Chile*

Este es uno de los fundamentos que hacen a esta tesis. Se vierten en estos relatos la importancia académica y social de investigar respecto de los alcances de este constructo y desde qué perspectiva hacerlo. Si entendemos que el lenguaje construye realidad no es de manera ingenua, sino justamente porque hay implicancias éticas y políticas que habilitan o limitan la interacción social, el lugar que ocupamos, cómo nos relacionamos, cómo hay conceptos que ayudan a sostener las grandes estructuras de poder desde la cotidianeidad,

desde el sentirme yo incluido (y sentirme bien) y no preocuparme (y ocuparme) que el otro/la otra se encuentre ocupando otro lugar, de excluido/a y por tanto su vida difiera radicalmente de la mía. Me permite hacer una reflexión de privilegio que yo misma tengo por estar elaborando esta tesis.

Se vierten en esta parte de la tesis también las inquietudes que exceden el proceso exclusión – inclusión y son relativas a los conceptos de adaptación/realización personal, anormalidad/normalidad, autonomía/dependencia y otros tantos que diariamente invisibilizamos. Responde a la inquietud de esta tesis por desnaturalizar un concepto que rápidamente se instaló como discurso a nivel gubernamental, a nivel de organizaciones internacionales y me llevó a tratar de mirarlo en profundidad y con menor ingenuidad.

Responde a la necesidad de abordar el vacío conceptual y también a la relevancia social que fue definida en la fundamentación.

Segundo Objetivo Específico: Significados desde la Política Pública en Salud Mental y Discapacidad

“Analizar los significados que la Política pública en salud mental y discapacidad mental de causa psíquica, asocia a la inclusión social”

Ha sido analizado el **Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría**, del año 2000, impulsado por la Unidad de Salud Mental, perteneciente al Ministerio de Salud de Chile, que refiere haber contado con el *aporte y consulta* de diversas instituciones de salud mental, alcohol y drogas, usuarios/as, familiares y sociedad civil en distintos puntos para su elaboración y análisis. También se analizó para este apartado la **Ley N° 20.422 que Establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad**, del año 2010, del Ministerio de Planificación en ese entonces, llamado ahora Ministerio de Desarrollo Social; Ley que indica la creación del Servicio Nacional de Discapacidad (SENADIS).

Ambas políticas públicas son emblemáticas en sus áreas, así como también conectan en sus orientaciones por la población a la que se dirigen, desde la perspectiva de salud y discapacidad respectivamente, atendiendo a las necesidades de personas con trastornos mentales y personas con discapacidad mental de causa psíquica, según sus definiciones.

En este primer punto ya se establece un cuestionamiento, como fuera abordado también en el marco teórico, dado que *el lenguaje* es también parte importante de lo que se considera como inclusión social.

En este sentido, el SENADIS realiza una serie de recomendaciones que establecería un folleto de recursos, denominado “Recomendaciones para el uso del Lenguaje en Discapacidad” (SENADIS, 2015), que se presenta como un material breve, sin embargo gráfico, accesible y amigable (para habilitar que niños/as puedan verlo, por ejemplo, aspecto que se destaca).

Por su parte, la institución (SENADIS), denomina a las personas con discapacidad mental de causa psíquica, aspecto que fue corregido y queda plasmado en la Ley N° 20.422, debido al movimiento de usuarios/as, familiares y profesionales del área que abogaron por la modificación y especificidad al contemplar este ámbito, ya que con anterioridad a ésta, la denominación era *Discapacidad Mental*. El reclamo de los actores mencionados anteriormente, obedecía a que antes esta denominación de discapacidad mental englobaba, para la política pública, a personas con desafíos en salud mental y

también a personas con discapacidad intelectual. Sabemos que la política pública actúa en términos clasificatorios y que divide a las personas en las problemáticas que ésta tenga y por ello, no se diferenciaban en esta denominación los servicios, beneficios y derechos que estas personas tuvieran. De esta manera, tampoco se diferenciaban las necesidades que pudieran tener personas con Síndrome de Down o personas que han sido diagnosticadas con esquizofrenia.

Sin avalar este funcionamiento parcelado y categorizado de las personas que realiza la política pública, la inclusión de la denominación “persona con discapacidad” se valora en dos sentidos. El primero, por la incorporación de la dimensión de persona y no la constitución de un fenómeno en sí mismo (nadie es la discapacidad). En segundo lugar, debido a que y de hecho, a través del manual corrige, la adjetivación de las personas, denominándolas *discapacitadas*.

Además, se valora que este cambio haya sido realizado a través de la participación y solicitud de las personas a las cuales esta Ley 20.422 estaba dirigida.

Por otro lado, vemos cómo desde el Ministerio de Salud se denomina “Personas con trastornos mentales”, lo cual nos habla de una perspectiva patológica, un trastorno, centrado en las condiciones biológicas (es la mente la que enferma, no existiendo determinantes sociales a esta condición).

En otros casos también el Ministerio de Salud realiza un uso - desde la perspectiva de quien escribe – inadecuado del lenguaje, lo que emblemáticamente se ve representado en la Comisión de Protección para Personas Afectadas por Enfermedades Mentales.

Se desagrega en esta Comisión: Protección, lo cual podría entenderse como conceptualizar a personas que han sido diagnosticadas con una patología psiquiátrica como sujetos de protección, no de derechos, que deben ser resguardadas. Afectadas: Enfermedades Mentales: Referencia al modelo biomédico y a la comprensión del fenómeno desde la biología, centrada en las teorías que asocian esta “enfermedad” con raíz en el cerebro, invisibilizando potenciales determinantes sociales como podrían ser relativas a procesos familiares, eventos vitales, condiciones socioeconómicas o políticas, etc.

Paradójicamente, este organismo se encarga de velar por los Derechos de la personas que han sido diagnosticadas con una patología psiquiátrica, recibiendo denuncias por vulneración de derechos.

2.1 Política de Salud Mental

Como se desarrolló en el Marco Teórico, el Plan Nacional de Salud Mental es la estrategia mediante la cual Chile adopta un mecanismo de Política Pública coherente a la Reforma Psiquiátrica que hace años se venía desarrollando a nivel mundial y latinoamericano. Con el retorno a la democracia en el año 1990 – coincidente con la firma de convenios internacionales sobre des hospitalización – se visualiza un déficit en servicios y planes que atiendan las necesidades en términos de salud mental, tanto por la promoción de una salud mental positiva, como por los daños ocasionados durante los 17 años de dictadura.

Como primer elemento, en este documento no se especifican definiciones de inclusión, ni integración social. Sí destaca que las acciones a realizar para elevar el nivel de salud mental, las cuales se estructuran en Promoción, Prevención, Detección, Tratamiento y Rehabilitación, deben trabajar “Favoreciendo la **reinserción social** de las personas con enfermedades mentales, evitando la estigmatización y marginación, y creando redes de apoyo para ellos y sus familias” (Plan Nacional de Salud Mental, 2000, p.4).

Para los efectos de esta tesis, podríamos entender el concepto de reinserción social como un sinónimo de inclusión social. En este sentido, busca posicionarse desde la perspectiva del primer movimiento descrito en el marco teórico, es decir como un *antónimo de exclusión social*, desde los postulados de Atkinson y Marlier (2010), que definen la inclusión social como “el proceso por el cual las sociedades combaten la pobreza y la exclusión” (p. 35).

Las implicancias percibidas de que se denomine desde la reinserción social, aluden a que se entiende que existió en algún punto una escisión entre el sujeto y la sociedad, es decir que este sujeto salió (en la topografía del adentro/afuera) y que por tanto a través de este Plan Nacional de Salud Mental se favorecerá su re – ingreso a la sociedad.

También podemos retomar la idea citada de un usuario/a de servicios de salud mental (Martínez, 2009) en que esta separación sujeto/sociedad se puede también tomar no sólo como una salida, es decir *hacia afuera*, sino también hacia *muy adentro*, es decir, que se haya generado una ruptura de lazos sociales a través de la internación en un hospital o institución psiquiátrica.

Desde este espíritu de reinserción social, el documento pone como *prioridad programática* las acciones enfocadas a la Prevención y Promoción de la Salud Mental en la población y, en especial, a las personas diagnosticadas con una *enfermedad mental*, su

familia y su entorno cercano, descentralizando – al menos a nivel discursivo – el tratamiento como foco de acción.

Esta perspectiva se valora ampliamente, debido a que no busca solamente reducir los factores de riesgos asociados de salud, sino también, el abordaje de las prácticas discriminatorias y el combate del estigma que afectan el bienestar subjetivo de las personas que han sido diagnosticadas con una patología psiquiátrica.

En el documento también se detalla que las estrategias en todos los momentos de intervención deben apuntar a modificar aspectos de los dos polos de la reinserción social, por un lado la persona que presenta la enfermedad y, por otro, su entorno, incluyendo a la sociedad en su totalidad.

Estas estrategias buscan, por un lado “El desarrollo de habilidades para el **fortalecimiento de las personas, familias y grupos**, que les permita una comunicación efectiva con los otros y una mayor capacidad de enfrentamiento al estrés” (Plan Nacional de Salud Mental, 2000, p.2).

Y, por otro,

(una estrategia) vinculada más directamente a aspectos sistémicos de la participación y organización es aumentar el grado de **cohesión social**, creando un **tejido social protector y favorecedor del desarrollo humano**, disminuyendo la intensidad y complejidad de las demandas y desafíos de la vida. Esto se logra construyendo redes de apoyo social a nivel familiar, social y comunitario, sin exclusiones, aportando así a la superación de las desigualdades que favorecen la marginación de personas y grupos. (Plan Nacional de Salud Mental, 2000, p.3)

En estas declaraciones podemos observar en la comprensión del fenómeno de inclusión, integración, reinserción vs exclusión, una apuesta a la influencia que la apertura y receptividad del sistema tienen para el logro de una mayor autodeterminación de las personas (CEPAL, 2007), dando un papel activo a la sociedad y también sintiéndose interpelados como política pública, comprometiéndose con la instauración de estos objetivos.

Se establecen ámbitos prioritarios de abordaje, relacionados con la que – en el apartado anterior – hemos denominado como **Dimensión Estructural** de la Inclusión Social

Por lo tanto, las acciones que favorecen la salud mental son todas aquellas que promueven mejores condiciones psicosociales a lo largo de la vida, **principalmente en el**

ámbito de la familia, de la escuela y del trabajo. Es decir, las que generan un mayor nivel de bienestar, que permiten acceder oportunamente a los apoyos o tratamientos que cada persona y familia necesita y minimizan la discapacidad y marginación social aceptando y creando espacios de integración para personas con enfermedades mentales (MINSAL, 2000).

Este aspecto se describió como un elemento relativo a lo material y a las condiciones concretas de vida, siendo imprescindible abordar la dimensión estructural en complemento e igualdad de importancia con la dimensión subjetiva, dado que sin estos pisos concretos mínimos es muy difícil poder avanzar. Por otro lado, para la política pública es mucho mayor el desafío de incorporar la dimensión subjetiva, que la materialidad que permite el abordaje de los mencionados ámbitos educación y trabajo, a través de estrategias, mecanismos, instituciones y proyectos específicos.

En este afán de fomentar espacios de cohesión entre las personas que han sido diagnosticadas con una patología psiquiátrica y la comunidad, el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, establece la creación y modificación de dispositivos, agrupados en una **Red de Servicios de Salud**, la cual ha sido desarrollada con miras a generar servicios cercanos a la comunidad generalizados, que intervienen en los niveles de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental, para aumentar su especialidad según complejidad, poniendo como base de este sistema la Atención Primaria de Salud.

Efectivamente, son creados los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) y reformulados espacios tradicionales como los Centros de Salud, quienes ahora contarán con al menos un/a psicólogo/a jornada completa para integrarse al Programa de Salud Mental de Centros de Salud (familiares y urbanos) y los Hospitales Generales, quienes ahora contarán con Servicio/Unidad/Departamento de Salud Mental que dispone de tratamiento ambulatorio y camas para hospitalización breve.

Se genera además, el Programa de Reparación Integral en Salud para Personas Afectadas por Represión Política 1973-1990 (PRAIS) y se prioriza la atención ambulatoria incluso en etapas agudas, en dispositivos como los Hospitales Diurnos (con especialidades Infanto-juvenil, Adultos y Drogas).

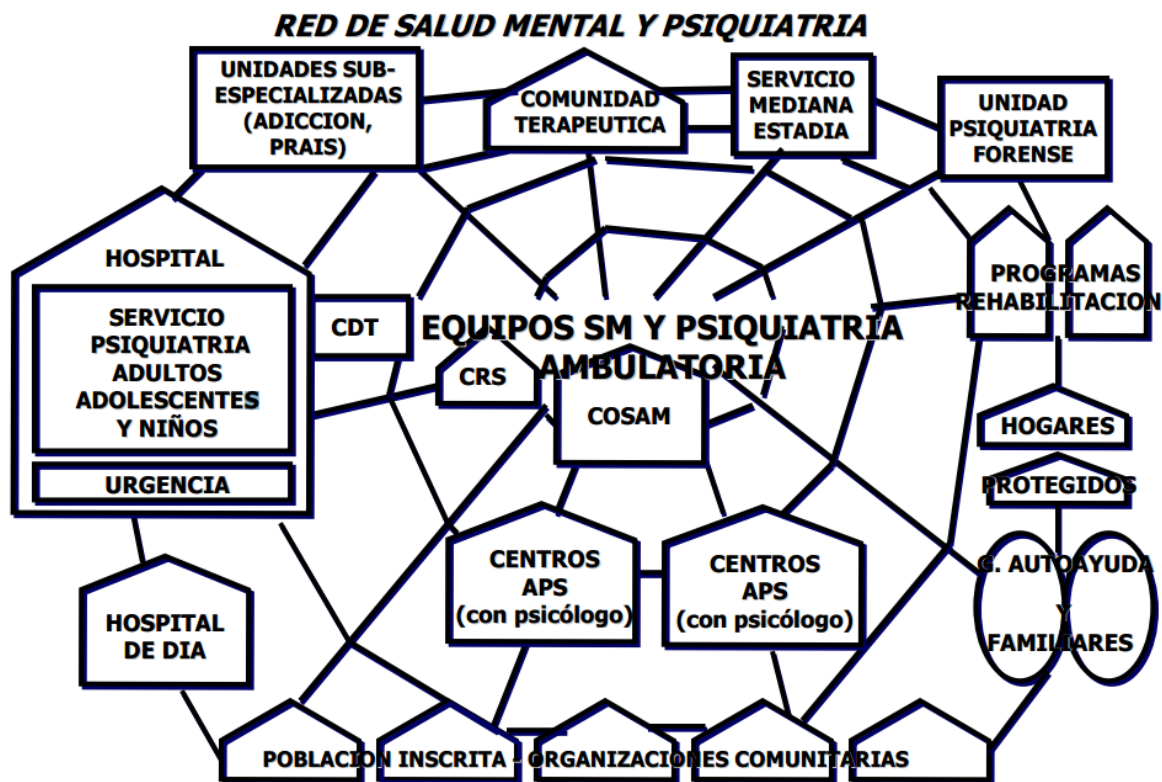
Esto posiciona explícitamente a la internación como último recurso, siguiendo lineamientos internacionales en materia de derechos humanos y prohibiendo la creación de nuevos Hospitales Psiquiátricos. Junto a esto, se fue reduciendo el presupuesto de los cuatro existentes a nivel nacional y se plantea que esta medida será progresiva hasta lograr una instauración de la red ambulatoria, con prioridad de inyección de recursos a esta red.

Los 4 hospitales psiquiátricos que se mantienen en el país, mantienen una condición de centralización, en desmedro de regiones (Chile tiene una accesibilidad geográfica difícil, debido a las largas distancias, horas de viaje y diversidad de condiciones geográficas y climáticas). Estos hospitales, concentrados todos en la Zona Central de Chile (dos en la Quinta Región y dos en la Región Metropolitana) son el Hospital Psiquiátrico del Salvador, Valparaíso, el Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel, Putaendo, Hospital Psiquiátrico El Peral, en Puente Alto y el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, en Recoleta, este último fue el primer hospital psiquiátrico del país, denominado en su nacimiento como Casa de Orates.

Se mantienen unidades de internación, pero a través de este Plan no sólo se establecen como último recurso, sino también con la condición de que sea por el menor tiempo posible, aboliendo así las “largas estadías”, que finalmente desembocan en estadías de-toda-la-vida, como sucede en Uruguay con las Colonias Dr. Santín Carlos Rossi y Dr. Bernardo Etchepare, que hoy están puestas en tela de juicio y se aboga por la creación de una Ley de Salud Mental en Uruguay.

Desde esta perspectiva, se destaca que el Plan genera un modelo de trabajo con lineamientos técnicos concretos que buscan converger a usuarios, familias, comunidades, instituciones y profesionales de manera congruente, superando la mera construcción de dispositivos de tratamiento y rehabilitación.

En este aspecto, se debe mencionar la efectividad y eficiencia del Plan Nacional de Salud Mental con no sólo el diseño, sino la creación efectiva de una compleja red de servicios de salud mental:



Fuente: Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, 2000

Ahora bien, esto no es lo mismo, ni puede confundirse con la instauración de un Modelo Comunitario en Salud Mental, que involucra un cambio de paradigma, como observamos en el marco teórico.

Finalmente, desde la experiencia de trabajo en el área y trabajo en el ámbito académico, podemos evaluar que en Chile se ha generado de manera sumamente eficiente una institucionalidad acorde y eficaz, amplia y diversa, sin embargo falla en la instalación del paradigma, en los aspectos subjetivos y de transformación de lógicas y prácticas de salud mental, aspecto que también se presentará a continuación desde el reporte de los/as entrevistados/as.

En este sentido, entendemos con el referido en el marco teórico, que atendemos más bien a una reestructuración de servicios de salud mental (Castel, 1984) que a un verdadero desmantelamiento de las lógicas manicomiales que sostenían los antiguos hospitales psiquiátricos, perpetuando las prácticas clínicas y biomédicas ahora en dispositivos ambulatorios.

2.1.1 Apreciación de los/as entrevistados/as sobre la Política Pública en Salud Mental

Como grandes **logros** de la Política, se establece la creación y modificación de la institucionalidad en Salud Mental, con la generación de la Red de servicios descrita previamente.

"La reforma fue interesante porque adoptó un modelo que ha mostrado efectividad de verdad, es el modelo más efectivo en el mundo para abordar los problemas de salud mental. Pero lamentablemente lo que inspiro el modelo, lo que prometía que iba a desarrollar, por ejemplo, trabajo específico con estigmas, nunca se ha desarrollado. Lo que sí se hizo, fue capacitar a más profesionales y crear centros, y los indicadores, han sido súper concretos. Hay más psiquiatras, más conocimientos en síntomas mentales" *Académico, Psicólogo, Universidad de Chile*

Por parte de los/as entrevistados/as, se muestra en general **conocimiento** sobre el Plan Nacional, sobretodo el establecimiento de un modelo comunitario en Salud Mental. Esto nos habla de una u otra forma del impacto que el Plan ha tenido, su difusión y las reformas que ha realizado que han tenido repercusión en los/as profesionales y también en la población en general, con la generación de dispositivos locales – los COSAM – parecidos a los Centros de Salud históricos en las poblaciones, con la especialidad en el área.

"Igual en los planes de salud mental, se supone que ahora lo comunitario ahora tiene un rol súper importante, la participación y la inclusión" *Profesional, Trabajadora Social, Centro Diurno*

Asociado a "lo comunitario" se destaca la participación y la inclusión como elementos importantes del Plan. Esto da cuenta de que, al menos discursivamente, los valores e intenciones de la Política en Salud Mental han sido extendidos, configurándose efectivamente como lineamiento técnico y político de las personas que se desempeñan en salud mental.

2.2 Política de Discapacidad

La Ley 20.422 de Igualdad de Oportunidades e Inclusión de Personas con Discapacidad (2010) tiene bastantes puntos en común con la Política en Salud Mental: Sienta las bases institucionales para la creación de un organismo específico en el área (SENADIS), incorpora a las personas que han sido diagnosticadas con una patología psiquiátrica en forma de personas con discapacidad mental de causa psíquica, enuncia como objetivo la Inclusión social como elemento central de su propuesta y es referente técnico y político para quienes se desempeñan en el área.

En este documento, el concepto de inclusión social tampoco presenta una definición específica, pero incluye el concepto desde una *perspectiva de derechos*, en cuanto a “acceso garantizado a la ciudadanía y a los derechos económicos, políticos y sociales correspondientes a la misma, así como las posibilidades de participación efectiva en la esfera política” (Subirats et. al., 2009, p.6).

Resulta curioso que no se establezca en la Ley 20.422 una definición de inclusión social, ya que tiene un apartado específico de definiciones, entre las cuales se encuentran los constructos: Vida Independiente, Accesibilidad Universal, Diseño Universal, Intersectorialidad, Participación y Diálogo Social. Resulta curioso, además, porque desde su título establece como central el constructo de Inclusión Social (Igualdad de Oportunidades e **Inclusión** de Personas con Discapacidad).

Establece además a la inclusión como foco, al ponerla como objeto de la Ley, estableciendo que éste será “asegurar el derecho a la igualdad de oportunidades 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” (Ley N° 20.422, 2010)

En este sentido, se plantea que la inclusión social es un objetivo a lograr, no un medio o un proceso, posicionándose como objetivo a alcanzar a través de las políticas para las personas con discapacidad, tanto física como psíquica.

(Las políticas) deberán tener como objetivo mejorar su calidad de vida, principalmente, a través de acciones de fortalecimiento o promoción de las relaciones interpersonales, su desarrollo personal, la autodeterminación, la **inclusión social** y el ejercicio de sus derechos (Ídem)

Respecto al sujeto que construye la Ley 20.422, mencionamos anteriormente que la institución (SENADIS), denomina personas con discapacidad mental de causa psíquica a quienes serán destinatarios/as de lo que ella dispone y que ésta fue una medida de corrección de políticas anteriores que acogió las demandas de usuarios/as de servicios de salud mental, profesionales y familiares que vieron que la integración de personas con discapacidad mental para personas con desafíos en salud mental y con discapacidad intelectual no albergara equitativamente las demandas y necesidades de ambos grupos de personas.

Sin embargo, cabe destacar la definición de discapacidad, que la Ley 20.422, en su artículo Quinto, consigna:

Persona con discapacidad es aquella que teniendo una o más **deficiencias** físicas, mentales, sea por **causa psíquica** o intelectual, o sensoriales, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (Ídem)

Postula, de igual manera que el Plan Nacional de Salud Mental, la relación entre la persona “enferma” y su entorno social. A diferencia del Plan, la Ley 20.422 plantea explícitamente que sería esta interacción la cual genera situaciones de discapacidad y pone como elemento central la participación plena y efectiva de las personas en sociedad.

Por lo tanto (y en consecuencia su postulado) propone que la forma de abordaje de inclusión social debe ser trabajada de manera integral, explicitando una serie de políticas de salud, educacionales, económicas, habitacionales, laborales y sociales que buscan eliminar o aminorar la discapacidad de las personas en relación a su medio, delegando responsabilidades a cada ministerio correspondiente a dichas áreas, en un esfuerzo de intersectorialidad, para generar prácticas y medidas que trabajen en pos de la igualdad de oportunidades. Se valora sobretodo la intersectorialidad que entiende a la persona desde una perspectiva holística y por tanto no asocia sus desafíos desde la unilateralidad, sino que se hace cargo también de su responsabilidad como política pública de facilitar el diálogo entre los estamentos de salud, educación, vivienda, etc.

Entre estas indicaciones que la ley delega sectorialmente a los ministerios encontramos la responsabilidad del Ministerio de Salud en el trabajo de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación; del Ministerio de Educación para la integración o creación de programas especiales de Educación; del Ministerio de Hacienda en la facilitación de franquicias tributarias y aduaneras para la obtención de ayudas técnicas y elementos afines; del Ministerio de Vivienda y Urbanismo en facilitar subsidios de vivienda especiales para las personas con discapacidad y generar planes reguladores para facilitar el acceso a edificaciones públicas a personas con discapacidad física; del Ministerio del Trabajo y previsión social en la entrega de capacitaciones y la generación de un sistema de previsión social para estas personas.

En conclusión, esta Ley tiene como potencialidades el esfuerzo centrado en el fortalecimiento de los sujetos, así también como su participación, descrita como “Proceso en virtud del cual las personas con discapacidad, las organizaciones que las representan y las que agrupan a sus familias, ejercen un rol activo en la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas que les conciernen” (Ídem).

Esta participación se ve materializada realmente, a través de la integración por parte de personas con discapacidad de mesas de trabajo de manera permanente y otras instancias en que se facilita e intenciona directamente el acceso a medios de expresión. Algunas de éstas son el Consejo Consultivo de la Discapacidad que tiene desde su formulación declarado que se conformará en su mayoría de personas con discapacidad; los Consejos de la Sociedad Civil (que tienen presencia regional); la Consulta Ciudadana realizada para diseñar, elaborar y ejecutar el Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile (ENDISC II); la Cuenta Pública participativa; el Boletín Sin Barreras, entre otros, que hacen valer la consigna *Nada sobre nosotros/as, sin nosotros/as*, instaurado por el movimiento internacional de las personas con discapacidad.

El integrar mesas de trabajo permanentes y a nivel local, hace que las personas con discapacidad puedan opinar, establecer sus demandas y tomar decisiones respecto de los temas que las afectan directamente. Esto, es una situación muy diferente a la Política Pública de salud, en la que sólo se realizan *consultas* a usuarios/as de servicios de salud mental, generalmente para realizar comentarios a medidas ya diseñadas, integrando las mesas de trabajo profesionales y académicos.

Si hacemos una revisión general de las disposiciones de la Ley 20.422, todas apuntan a la elaboración de dispositivos, instituciones y favorecimiento económico para fomentar la igualdad de oportunidades, las cuales se encuentran detalladas en prácticas concretas (creación de escuelas, modificaciones de planes arquitectónicos de edificaciones públicas, etc.), pero se encuentran ausentes las políticas que diseñen intervenciones hacia la sociedad en general y que – desde una perspectiva bilateral - planteen la intervención de la sociedad civil en estos asuntos.

En este sentido, esta política pública tiene la debilidad de que se describa que la inclusión social es un fenómeno dialógico para el cual es necesario interpelar a sujetos y sociedad por igual, pero se interviene de manera prioritaria al sujeto con discapacidad y su entorno más cercano y no se logra visualizar cuál es el trabajo (cotidiano y concreto, más allá del mesas políticas de intersectorialidad) a través de la red comunitaria.

2.2.1. Apreciaciones de los/as entrevistados/as sobre Política Pública de Discapacidad

Se destaca la importancia que tiene la enunciación de la Igualdad de Oportunidades como principio orientador de la Ley, lo que involucra un posicionamiento Ético respecto del lugar que las personas con discapacidad tienen en nuestra población.

“De inclusión para allá vamos, de hecho esta la ley que promueve igualdad de oportunidad e inclusión social de las personas con discapacidad social, es el deber ser de la ley, sin embargo esa ley se tiene que materializar desde lo concreto, en reglamentos, en acciones, en planes, programas y proyectos y eso debiese ser co-construido con las personas que está enfocada esa ley, las personas con discapacidad" *Profesional, Trabajadora Social, SENADIS*

Esto, sin desconocer que hay una brecha considerable (en general en las políticas públicas) entre las medidas y lo escrito a la implementación concreta y completa de lo que se estipuló. En el caso de la Ley 20.422, la creación de una institucionalidad nueva, con capacidad de generación de programas y no sólo de fondos concursables para personas con discapacidad (como era antiguamente) materializadas en SENADIS, es un primer paso importante para la consolidación de esta Ley.

Otro punto no menor es el de la co-construcción de estos programas y proyectos involucrando a las personas con discapacidad, pues si bien se destacó que a raíz de esta política pública comienzan a tener un protagonismo importante, no refieren en la Ley haber consultado a personas con discapacidad ni para la elaboración, diseño, presentación o consulta, a diferencia de lo que se enuncia en el Plan Nacional de Salud Mental. Para este análisis de todos modos es importante considerar la diferencia entre un Plan Nacional y una Ley, que tienen distintos procesos de promulgación.

Se destaca el rescate de algunas medidas concretas en el plano laboral, que es el que ha mostrado más avances, sobretudo luego de la adopción de miradas más amplias de ocupación laboral como el microemprendimiento, el Empleo con Apoyo y no sólo la capacitación o formación para el trabajo.

“Me parecen bien algunos aspectos de esa ley, por ejemplo los cupos de trabajo, que se presentaron y se votó en el congreso que se van a abrir puestos de trabajo en instituciones públicas eso me parece bien, ahora el problema es que el SENADIS las políticas que tienen, tienen mucho de asistencialismo" *Académico, Sociólogo, Universidad de Valparaíso*

Esta situación se presenta ventajosa en el área de inclusión laboral también por la política que hay en este sentido.

2.3 Críticas sobre la Política Pública

A pesar de los logros destacados en ambas Políticas, durante las entrevistas a profesionales y académicos se establecen una serie de elementos críticos asociados a la formulación e implementación de éstas, cabe destacar que los resultados de éstas no son mencionadas, pudiendo inferir que es por *desconocimiento* por parte de las personas mencionadas y/o por *falta de socialización* de éstos por parte de las organizaciones correspondientes (Ministerio de Salud y Ministerio de Desarrollo Social).

2.3.1 Asistencialismo

A pesar de los logros mencionados, existe la visión por parte de los/as entrevistados/as de que las Políticas de Salud Mental y Discapacidad tienen un fuerte componente de asistencialismo. Esto se pone de manifiesto en que las medidas implementadas con mayor rapidez y prioridad son las asociadas a beneficios asistenciales, entre ellos la entrega de subsidios, pensiones (o aumento del monto de éstas) para esta población, la creación de instrumentos de medición de pobreza o discapacidad (Ficha de Protección Social, antigua CAS, IVADEC, antigua certificación COMPIN, como ejemplos) y medidas de cuidado.

Asociado a esto, se percibe malinterpretación de medidas de focalización y discriminación positiva (acciones afirmativas), lo que genera el sostenimiento de un estado como condición - no como situación - y se restringen las áreas de actuación al abordaje de este punto, más que potenciar a las personas, mirar integralmente o abarcar otras áreas de intervención como promoción, prevención o rehabilitación. Concentra en manos de la Política y sus ejecutores el poder de orientación y decisión, de una forma paternalista y basada en las dimensiones estructurales.

“Sigue siendo una política muy paternalista, de decidir por ellos, de decidir qué es lo que yo encuentro mejor para ellos, que tengan una casa, que tengan un albergue, que sus hijos estén en mejores condiciones, pero esto se hace desde la mirada paternalista, yo puedo decidir por ellos, yo puedo decir qué es mejor para ellos” *Profesional, Psicóloga, SEREMI*

Se percibe además, como promotora de la protección, desde una cosmovisión de beneficencia más que de un paradigma de autodeterminación. En esta línea, la inclusión social se relacionaría con la adaptación, para que desde una perspectiva de bondad se inserte a la persona en la sociedad como favor, para que de alguna manera realice un aporte, sin pensar realmente en su rol como sujeto, sino más bien como parte de un sistema

que debe funcionar a través de sus mecanismos de regulación, en este caso las Políticas Públicas.

"Dice como "ya, adaptémoslos y que en algo aporten". Es como una posición súper asistencialista, proteccionista, ya sea en lo jurídico, político, educación, salud, es como algo de bondad y no como de reivindicación" *Profesional, Trabajadora Social, Centro Diurno*

2.3.2 Participación de involucrados/as

En términos generales, se aprecia que el enunciado de participación es más bien una intención que una realidad concreta que se lleve a la práctica mediante mecanismos explicitados en las Políticas.

Como se comentaba anteriormente respecto del paternalismo, esta dificultad de participación se percibe a nivel individual, en el sentido de convocar al propio usuario/a de servicios de salud mental o persona con discapacidad mental. Se percibe poca incidencia en relación a sus propios procesos, tránsito a través de instituciones o decisiones respecto de las intervenciones que recibirá. A esto, se suma la escasa percepción de participación por parte de usuarios/as y/o familiares organizados en agrupaciones, quienes no son consultados como opinión experta (desde su propia vivencia) para la elaboración de políticas, formulación o modificación de éstas, ni su ejecución. En este sentido, se visualiza al constructo de Inclusión Social como estático, pues no es una producción elaborada en co-construcción con estos actores relevantes y protagonistas, sino más bien procesos lineales y jerárquicos, que emite productos asociados a lo administrativo, de carácter normativo y criticados popularmente por *ser formuladas desde el escritorio*.

"Desde la institucionalidad, podría decirse que es un poco más estático, y es también de como la institución ve el concepto y muchas veces no es eso de abajo hacia arriba" *Profesional, Trabajadora Social, SENADIS*

La implicancia de esto es que dentro de la opinión de entrevistados/as, surja el cuestionamiento respecto del carácter comunitario de estas Políticas:

“Creo que de Psiquiatría en la comunidad tiene el nombre y un poco más (risas) por qué, porque si vemos el resultado cuántas personas tienen trabajo formal, de calidad... Yo hago investigaciones y me ha costado encontrar personas que trabajen, en trabajos de calidad, no que trabajen como cuidadores de autos y cosas así” Académico, Sociólogo, Universidad de Valparaíso

Algunas de las medidas que las Políticas plantean, apuntan a intervenir en el sistema en su totalidad (directamente o a través de sus resultados esperados), por tanto incluso las intervenciones realizadas a nivel individual tendrían repercusiones a nivel macro. Éste es el caso del trabajo, planteado por este entrevistado, en el que denota una falta de intervención en esta área, a pesar de ser la inclusión laboral un objetivo de ambas políticas.

Se esperaría que al tener una Política de Inclusión Laboral fortalecida e integral (que afecte a todas las partes componentes), una persona con discapacidad mental de causa psíquica generaría (en caso de nunca haber trabajado) o vería fortalecidas sus habilidades laborales, apoyada por un equipo que intervendría desde sus intereses, capacidades y preferencias, con una familia contenedora y que potencie el proceso de inclusión laboral sin sobreproteger, con empresarios/as o contratistas sensibilizados que no discriminen y permitan que la persona realice las adaptaciones necesarias de su ambiente laboral (toma de medicación, permiso para controles médicos) y en un entorno social que facilite el acceso y mantenimiento de un trabajo, todo esto cubierto por las normativas y medidas de la Política Pública que generan mecanismos necesarios para movilizar a todo este sistema y asegure condiciones como la igual oportunidad al acceso, la formalidad del trabajo y dignidad en términos de elección del área de desempeño y remuneración.

Este punto conecta otro aspecto identificado como deficitario, que tiene con ver con quiénes y de qué sectores deben intervenir para los logros planteados en la Política Pública. Como vimos, el Plan Nacional se elaboró por parte del Ministerio de Salud y la Ley 20.422 por el Ministerio de Desarrollo Social, instituciones que a pesar de lo dispuesto en la Ley – y según el relato de una entrevistada funcionaria de SENADIS - no dialogan.

Si estos dos organismos que trabajan para una misma población objetivo, procurando mejoras en la calidad de vida no generan acuerdos o trabajo colaborativo, cabe preguntarse, ¿de qué manera se puede dar cabal cumplimiento a los propósitos de éstas - y otras – Políticas para personas diagnosticadas con una patología psiquiátrica?

“No saco nada con llamar a una mesa de diálogo de trabajo a una inclusión social si no llamo a que hayan quienes trabajan en géneros, a los que trabajan en laboral, educación, indígenas, infancia, adulto mayor, etc., es toda una estructura, entonces trabajar de manera parcelada y esto afecta a todos los planes, estrategias, proyectos de inclusión social” *Profesional, Trabajadora*

Como menciona la entrevistada, se parcela por temáticas la Política, olvidando que el centro de la acción debieran ser las personas y por tanto, si una medida para personas con diagnóstico psiquiátrico severo apunta a que culminen su enseñanza o a formación terciaria, debe estar involucrado el organismo competente, el Ministerio de Educación o alguno de sus subcomponentes, si se quiere realizar capacitación en oficios y lograr la inclusión laboral, el Ministerio del Trabajo a través de alguno de sus Servicios dependientes debiese participar.

Es sumamente importante considerar que esta colaboración, deseablemente mutua y constante, debiese formar parte de estas Políticas, para que no quede en el rango de las voluntariedades o de esfuerzos personales, sumado a la orientación hacia la persona, ya que al centrarse la Política por temática, encasilla a un grupo determinado con necesidades sólo en el área de la salud mental, ni siquiera de la salud física en muchos casos, habiendo aún menos consideración para otras áreas como justicia, vivienda, cultura, deporte y recreación, temáticas de género, étnicas, por nombrar algunas.

Esta inadecuación de las Políticas Públicas, es reportada por otro entrevistado quien refiere que la creación de Políticas diría directa relación con la reactividad, en el sentido de demandas internacionales, para lo cual se responde de manera apresurada y sólo con el fin de dar cumplimiento al mandato, no realmente sopesando la necesidad por parte del país de ser incorporada, ni planificando su elaboración por priorizar la gestión eficaz, en el sentido de temporalidad.

“Eso es lo amateur, que se replica después en la práctica diaria, en el fondo es, respondamos en el escrito a las demandas internacionales con presupuestos de tercer mundo, entonces es decir, hagamos propuestas de tercer mundo con presupuestos de tercer mundo” Académico, Fonoaudiólogo, Universidad de Valparaíso

Esta declaración puede verse reflejada en la ausencia de Evaluación formal por parte de ambos ministerios de las Políticas que están siendo analizadas. Sin el componente evaluativo, no es posible conocer los avances, los resultados ni tampoco el grado y la calidad de la implementación.

Un punto clave al respecto es la consideración del **presupuesto**, en este sentido, la incorporación del país a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y el consecuente status como país de ingreso alto tiene implicancias fuertes en la Política Pública y en relaciones internacionales, que no consideran un dato crítico de la realidad chilena: La distribución del ingreso. Chile es el país con más desigualdad de ingresos de la OCDE, esto genera una brecha considerable entre las perspectivas económicas mundiales y la realidad de la gran mayoría de chilenos/as, lo cual sumado a una baja inversión pública y protección social y un empresariado fuerte, hace que la conclusión “hagamos propuestas de tercer mundo, con presupuestos de tercer mundo” cobre sentido.

Tercer Objetivo Específico: Búsqueda de una posible Relación entre Rehabilitación e Inclusión Social

“Comprender la relación que los sujetos de investigación establecen entre el proceso de rehabilitación psicosocial y la inclusión social”

En general, por parte de los/as entrevistados/as, no se visualiza una relación directa entre Rehabilitación e Inclusión Social. Al ser consultados, queda en evidencia que la Rehabilitación se visualiza como un componente marginal de un proceso de atención en salud y no como parte de una atención integral. Fue asociado a *rehabilitación cognitiva, adherencia a tratamiento y talleres*.

2.4 Relación asociada a Aspectos Positivos: Bienestar subjetivo

Se destaca el alcance de **bienestar subjetivo** por parte de las personas que se encuentran transitando un proceso de rehabilitación.

“Ahora, de hecho el bienestar subjetivo lo logran porque en una investigación que hicimos en todos los talleres protegidos en Santiago y la Quinta Región el 85% pensaban que eran más persona después de participar ahí y el 75% pensaba que le había mejorado mucho la vida” *Académico, Sociólogo, Universidad de Valparaíso*

Este relato – dado que es resultado de una investigación – se convertiría en indicador de que algunos procesos de rehabilitación abordan (y tienen efecto) en la Dimensión Subjetiva de la Inclusión Social. El “ser más personas” y que “mejore mucho la vida” se convierte en un dato sumamente relevante, pues nos habla más allá de los procesos salud/enfermedad, más allá de los análisis cuantitativos, respecto de la percepción subjetiva de usuarios/as en un servicio de salud mental, quienes refieren sentirse satisfechos respecto de sí mismos y en su relación con otros/as. Este resultado puede ser asociado con los lineamientos técnicos de los dispositivos de rehabilitación, en los que se trabaja fuertemente en planes de fortalecimiento y desarrollo de habilidades sociales, apelando a la realización del trabajo de manera grupal y a la participación en espacios recreativos, culturales, etc.

“Algunos grupos se puede hacer una vinculación entre el proceso de rehabilitación, se busca que esta persona no esté eternamente rehabilitándose, y creo que sí los hay y creo que sí se dan esos espacios. Creo que lo curioso es que muchos de esos espacios sean vistos como novedosos como pioneros, siendo que ya no deberían verse como novedosos y pioneros si se intenta calcar semánticamente la inclusión social!” Académico, Fonoaudiólogo, Universidad de Valparaíso

Podemos ver que el resultado de investigación que nos refiere que la rehabilitación tiene relación con la inclusión social a través del aumento del bienestar subjetivo, no se puede generalizar, ya que existen diversidad de dispositivos de rehabilitación y éstos tienen prácticas disímiles. De ahí que la relación entre inclusión social y rehabilitación no sea explícita ni directa, pero como se vio, existen resultados asociados al bienestar subjetivo y existen experiencias que permiten generar tal vinculación.

Ahora bien, según refiere el entrevistado, esta relación ser daría en algunos casos (se subentiende que no mayoritarios) y son vistos como experiencias innovadoras, “Creo que lo curioso es que muchos de esos espacios sean vistos como novedosos, como pioneros”, por tanto se asume también que no están generalizadas en todos los dispositivos de rehabilitación.

En este escenario, podríamos pensar que estos dispositivos escapan a la norma técnica de rehabilitación. En tanto su carácter de innovador les da la connotación de exceder sus funciones y actividades de manera creativa, que permita el despliegue de estos componentes de bienestar subjetivo. Esto sería interesante de indagar, pues esta innovación podría verse en cualquiera de sus componentes, sea en el trato que brinda hacia las personas que han sido diagnosticadas con una patología psiquiátrica, en su oferta de programas, en las oportunidades concretas de inclusión real que generan, en su trabajo desde una perspectiva comunitaria, entre otras.

2.5 Relación referida a aspectos negativos: Rehabilitación débil

En general, no se considera a la rehabilitación un nivel de intervención que promueva, en sí mismo, la inclusión social. Emergen del discurso de los/as entrevistados/as razones por las cuales no se considera esta relación, que tienen que ver con que no se muestra como un componente fuerte en el ámbito de la salud mental (cabe preguntarse si se replica la misma situación en discapacidad física, por ejemplo, donde existen instituciones emblemáticas como la Teletón). Esto se puede justificar debido a la excesiva atención que tiene en el abordaje de estas “patologías” el tratamiento con psiquiatra y farmacológico - en algunos casos la única intervención técnica que se brinda en la redes de servicios de salud

mental – en segundo lugar las intervenciones con psicólogo (principalmente psicoterapia individual), para continuar en orden de prioridad hacia otras profesiones (Trabajo Social, Terapia Ocupacional, etc.).

“Es un componente intervención también, que las rehabilitaciones en Chile son muy débiles, las intervenciones comunitarias son muy pequeñas y no tienen tanta influencia” *Académico, Psicólogo, Universidad de Chile*

Un segundo aspecto es que, preocupantemente, la rehabilitación se asocia a la realización de Talleres grupales, tanto del ámbito artístico, recreativo y en último lugar en capacitación de oficios.

“Ellos [ONG de rehabilitación] tienen un área, bueno ellos tienen talleres para las personas, también en cartonería y diferentes talleres artísticos para las personas” *Profesional, Psicóloga, SEREMI*

Sin desconocer los efectos terapéuticos que el arte, la música, la danza y otras disciplinas artísticas albergan, se percibe desde el discurso de los/as entrevistados/as que la actividad esencial de los programas de rehabilitación sean los talleres de este tipo, como alternativa de recreación y de socialización, pero sin un trasfondo terapéutico real, que genere procesos de fortalecimiento personal y aporte en mejorar herramientas personales y sociales de autonomía y proyecto de vida. En este sentido, es de suma importancia realizar una diferenciación también entre talleres de manualidades y oficios, ya que en el primer caso estamos hablando de la generación de una actividad de recreación y en el segundo caso se asocia con identidad laboral y posibilidades reales de colocación de empleo o de emprendimientos independientes.

“Un trabajo terapéutico activo, que le genera potencialidades de ocuparse en algo que les llame la atención y no sólo talleres que después para algunos van a ser inútiles” *Académico, Fonoaudiólogo, Universidad de Valparaíso*

La percepción de que esta metodología de trabajo de taller grupal no tiene resultados “útiles”, puede estar basada en que no se realiza un trabajo personalizado, con la consecuente estructura que se crea al generalizar una oferta de prestaciones y restringirla a actividades pre-definidas, sin mediar intereses y capacidades de las personas que participarán de estas instancias.

“Esto debería ser individualizado porque el problema es el siguiente, si una institución hay 20 personas, 20 usuarios y se hacen actividades comunes para los 20 usuarios, no se puede explotar las potencialidades de cada uno porque se hace en grupo” JC

Paradójicamente, la rehabilitación parece sostenerse en un paradigma individual, como se expresa en la Norma Técnica N° 90, que establece que el trabajo se organización en torno al Plan Individual de Rehabilitación (PIR). Este instrumento, clave para el trabajo cotidiano, así como para los procesos de evaluación y supervisión de dispositivos, establece una serie de objetivos en diversos ámbitos de la vida cotidiana, que hacen foco en el individuo.

Por lo que, tal vez, más que a la individualización, deberíamos apelar a la personalización de los servicios, prestaciones, etc., pero en un marco donde se contemple la construcción de lo colectivo.

2.6 Rehabilitación psicosocial: Objetivos de Inclusión Social vs. Adaptación Social

Vimos anteriormente que una forma de definir inclusión social es desde la adaptación social. Uno de las formas de relacionar inclusión social con rehabilitación se vinculan también a esta distinción.

Esto se percibe dentro los propios objetivos de rehabilitación: Conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento. Esos dos, generalmente, son objetivos principales de los procesos de rehabilitación. ¿De qué manera entonces se diferencia como nivel de intervención en salud? ¿Si sólo coadyuva al tratamiento?

“Es como un proceso de sensibilización y de fortalecimiento para que vean la importancia de ir a un tratamiento, donde los integran para que ellos puedan tener herramientas, y fortalecerlos más, para que puedan realizar amistades, para mejorar su situación de salud y tengan adherencia al tratamiento” Profesional, Psicóloga, SEREMI

Como se ha enunciado previamente, existe una amplia Red de Servicios de Salud Mental, que se abocan principalmente al tratamiento de la “enfermedad mental”. Por tanto, se esperaría que un porcentaje restante de servicios pudiese ampliar y diversificar la propuesta, sobretodo si hablamos de un modelo comunitario en salud mental. Esto, para enfrentar otros aspectos, como el abordaje integral de los desafíos que personas diagnosticadas con una patología psiquiátrica pudiesen enfrentar en su vida cotidiana.

Esto se percibe no sólo como falencia de servicios, sino también de la concepción de estas prácticas, lejanas al sistema de salud mental comunitaria y de visualizar a la persona en su totalidad, más que a una enfermedad. Sobretudo, cuando consideramos que una de las principales características que vimos en el marco teórico con Goffman (2001) es la de las etapas de creación de un paciente, que va despersonalizándolo/a, entonces ¿por qué reforzar esta condición de paciente y de poseedor de una enfermedad, en lugar de la autonomía y su dignidad, como se proclama desde la inclusión social?

“Entonces es muy complejo, como está diseñado hoy en día, la rehabilitación y que esté luego del alta incluido, por toda esta red de vulnerabilidad o aristas que no se trabajan. Me ha tocado pacientes que vienen a un contexto completamente deprivado y no ayuda a potenciar todo lo realizado en las rehabilitaciones” *Profesional, Trabajadora Social, SENADIS*

La rehabilitación, enfocada en metodología de talleres grupales y trabajo individual clínico por otra parte, hace que no se genere el deseable impacto en la comunidad, de sensibilización y educación para evitar la discriminación y el estigma de personas que han sido diagnosticadas con una patología psiquiátrica. Tampoco se modifican las condiciones estructurales que dificultan la mejora en la calidad de vida de la persona, al no generar estrategias comunitarias ni el abordaje de problemáticas cuyo origen está en la “deprivación” económica, educativa o cultural. Esto hace que los esfuerzos realizados no sean efectivos.

“Desde una visión paternalista y que hace que a las personas les guste estar acogidos en sus inquietudes, cosa que no van a encontrar en un trabajo normal, o sea en un trabajo normal no te van a preguntar “¿Cómo estás? ¿Qué te ha pasado?” como si fuera una terapia para el trabajo por ejemplo, ahora yo no te digo tratarlos mal, no me refiero a eso (risas)” *Académico, Sociólogo, Universidad de Valparaíso*

Se constituye por tanto el espacio de rehabilitación como una “burbuja terapéutica” en el decir de este entrevistado, que genera escenarios ficticios para el entrenamiento de habilidades sociales (no la comunidad), brinda herramientas homogeneizadas para el abordaje terapéutico de las personas, utiliza una metodología común a un grupo de personas y se enfoca en la construcción de identidad desde la patología.

“Ya el concepto de rehabilitación, que nosotros lo cuestionamos hartito, porque además que yo trabajo en el centro de rehabilitación, es Re-habilitar, como si no estuvieran habilitados, como más de adaptación que de inclusión, creo que la mirada rehabilitadora tiene que ver más con la adaptación que con la inclusión” *Profesional, Trabajadora Social, Centro Diurno*

Se entiende entonces la poca vinculación que la rehabilitación establece con la inclusión social. Teniendo más relación - en palabras de esta entrevistada – con adaptación social.

Dentro de una tesis que busca conocer los significados de inclusión social - que implica un fuerte énfasis en el lenguaje y sus construcciones - resulta interesante indagar qué relación guardan la rehabilitación y la inclusión social, ya que brinda un espacio de acción, del hacer en contraposición a lo escrito o dicho y permite tener una mirada contrastante con las políticas públicas y sus disposiciones. Sin duda, se debe ahondar más – y específicamente - en esta relación rehabilitación e inclusión, incluyendo la metodología utilizada, la realidad de los dispositivos, los protocolos diseñados y sus resultados.

Cuarto Objetivo Específico: ¿Prácticas o discursos inclusivos/as?

“Explorar si el colectivo de investigación identifica como inclusiva alguna práctica social o discurso, y cuáles son las características que le asigna”

En términos generales, se hace mayor referencia a la Inclusión Social como un objetivo de trabajo o desde un horizonte ético que desde prácticas concretas. Esto puede responder a las posturas explicitadas con anterioridad, referentes a la escisión discurso/práctica respecto de la Inclusión, a su carácter de “ideal”, a la ambigüedad en su conceptualización y dificultad de operacionalización.

Sin embargo, sí se reconocen discursos, formas de organización y dispositivos que aluden a este constructo.

4.1 Lo Comunitario

Emerge frecuentemente la asociación entre inclusión social como discurso de “lo comunitario”. Esto puede verse explicado pues – como se planteó en el análisis de la Política Pública- es generalizado el conocimiento por parte de los/as entrevistados sobre el establecimiento de un modelo comunitario de salud mental, por lo cual es también deseable y coherente con la Política que se aborden desde este modelo los desafíos de salud mental de la población.

"Yo creo que está [la inclusión social] más en el discurso de lo comunitario, así como que hagamos acciones comunitarias, como un auge del trabajo comunitario, pero no tan bien definido"

Académico, Psicólogo, Universidad de Chile

Sin encontrarse definido cabalmente, se genera una relación que pudiera entenderse desde los postulados de lo comunitario en términos de las “acciones comunitarias” en las que se debería constar de una red social, transparencia, consenso de roles y funciones, apoyo mutuo, vida colectiva, sentirse perteneciente, sentirse interpelado en el plano afectivo mediante la confianza y la fraternidad, la existencia de acciones colectivas destinadas a metas comunes y la participación (Krause, 2001).

Dicho planteamiento en sí no difiere de los planteamientos en el plano de lo ideal respecto de la inclusión social como co-construcción, en el que estamos todos/as convocados/as a participar, sin distinción ni barreras de acceso, interpelados por una dimensión subjetiva que nos hace sentir pertenecientes al colectivo y, por ende, incluidos/as.

Sin embargo, esta asociación entre inclusión social como discurso de “lo comunitario” parece también bastante ambigua y raramente descrita más allá de la enunciación del reconocimiento del modelo de salud mental como comunitario.

4.2 ONG's

La ONG se rescata como una forma de organización que se relaciona con la Inclusión Social, lo cual puede estar asociado a su autonomía como condición de agrupación no gubernamental, el declararse sin fines de lucro (aspecto fundamental hoy en Chile, debido a las demandas colectivas) y poner como centro de intervención acciones de interés social.

“Creo que tiene que haber algo que oxigene esto y para mí la academia lo puede hacer y la ONG también, pero deben tener la orientación clarísima ellos, los usuarios espontáneamente que digan que se van a organizar” *Académico, Psicólogo, Universidad de Chile*

No es labor única de la ONG, sin embargo se plantea como una organización capaz de oxigenar el sistema, por ser aparentemente depositaria de la confianza de la población, lo que genera una mayor expectativa respecto de su oportunidad de participación por el carácter eminentemente social de procurar generar una sociedad más justa, generalmente asociada a un área crítica de los D.D.H.H. Además, dentro del Plan Nacional se incluye la idea de ONGs integradas por usuarios/as de servicios de salud mental y también por familiares, éstos últimos incluso en la administración de hogares protegidos, lo que implica un componente clave de participación.

“La ONG se vuelve las instancias donde pueden dialogar con el estado y mediar procesos legislativos nuevos; la ONG deberían tomar roles activos en agentes cívicos de diálogo, de reunir perspectivas ciudadanas, de conglomerados” *Académico, Fonoaudiólogo, Universidad de Valparaíso*

Aparentemente, se plantea la inclusión social desde la bilateralidad sociedad - Estado, siendo la ONG una estrategia para tender puentes entre las diferentes partes involucradas, para generar procesos desde el diálogo social. En este sentido, la ONG se presenta como la mejor alternativa para mediar las demandas sentidas de la población (particularmente de la vocería de personas con discapacidad mental de causa psíquica) y su credibilidad ante el Estado, por el reconocimiento que implica ser una organización.

A pesar de su naturaleza eminentemente política, pareciera ser que las ONG no están teniendo en Chile un papel protagónico en la lucha por la inclusión social de personas diagnosticadas con una patología psiquiátrica, por lo cual se les interpela a tomar un rol activo, por su capacidad de actuar en defensa y promoción de los Derechos de las personas, área poco abordada desde el aparato público y por su interés social, de ser un mecanismo capaz de generar conciencia colectiva respecto a la importancia del resguardo de los Derechos y la igualdad de oportunidades para todos/as, así como de la corresponsabilidad y asociatividad en políticas de salud mental y discapacidad y la vigilancia (y de ser necesario, denuncia) ante las prácticas gubernamentales en este sentido.

4.3 Dispositivos

Empresa Social es un dispositivo de Inclusión Laboral utilizado ampliamente en el mundo de la Discapacidad y la SM, debido a que no involucra el acceso a trabajo dependiente (y por tanto, no se ingresa a competir en el mercado laboral), sino que genera que dentro de los dispositivos de salud mental, se emprenda una actividad productiva.

En Chile no existe esta figura legal, por tanto generalmente son llamadas Empresa Social, iniciativas de actividades productivas (de bienes y productos generalmente, más que servicios), en el que las personas perciben un incentivo económico por el trabajo que realizan, sin llegar a constituir un sueldo mínimo, ni mediar condiciones contractuales formales. El que no exista como figura legal, también conlleva que no obtenga subsidios ni aportes estatales y generalmente se utilice como un Programa dependiente de un Servicio de Salud específico.

Sirve como espacio de entrenamiento de habilidades laborales, debido a que las personas participantes deben cumplir un horario, tareas específicas y perciben un incentivo por ello. Es un espacio protegido, dirigido por profesionales.

"Una empresa social, una panadería, y nosotros con JMM que es un colega psicólogo de la Valpo también, fuimos a ayudarlo a hacer un taller de manejo de dinero" *Académico, Psicólogo, Universidad de Chile*

Por su parte, el **Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental** en Chile es un dispositivo asociado a la Política Pública, en tanto es impulsado por importantes figuras históricamente relacionadas a la salud mental y que han ostentado puestos de gran poder de decisión y creación de estrategias, planes (entre ellos el Plan Nacional de Psiquiatría) e instituciones, incluidos el ex y el actual Jefe de Salud Mental

de la Unidad de Salud Mental de MINSAL y académicos de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile.

Se dedica principalmente a la generación de informes y sistematización de información referente a salud mental y psiquiatría.

Sin embargo, no presenta mayores acciones relativas a la abogacía por los Derechos de las personas diagnosticadas con una patología psiquiátrica, declarando respecto de dudas o posibles denuncias de vulneración de Derechos, que “El Observatorio no puede hacerse responsable de la resolución de los problemas presentados, pero sí entregar una orientación informada”.

Cuenta con la asignación de un proyecto por parte del SENADIS, para la generación de su página web oficial.

Sin presencia de usuarios/as en su conformación, es referido por el entrevistado como iniciativa personal del psiquiatra que ocupó durante muchos años el puesto de Jefe de Salud Mental de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud, lo cual – sumado a la presencia de instituciones emblemáticas de caridad en Chile, como el Hogar de Cristo- dificulta el establecimiento de este dispositivo como un espacio autónomo (como se declara).

Su calidad de espacio académico, en que se realizan presentaciones a Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Organización Mundial de la Salud (OMS), es un aporte en términos de producción de conocimiento, con la falencia de poca capacidad de acción y resolutividad respecto de las propias problemáticas que plantea.

“El Observatorio que ahora formó Alberto [Minoletti, ex Jefe del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud], en la Chile, es una idea muy interesante, veo que la gente que le gustó, lo persiguió por mucho tiempo. Pero si ustedes preguntan en cuántos usuarios trabajan en ese observatorio, mínimos. Entonces quizás en un tiempo más se incluyan más usuarios. Pero tiene nuevos profesionales trabajando, entonces no le ves una mirada a la sociedad, como de institución sólida que está formada por usuarios, pero me parece que estrategias es como de las mejores anti estigmatizadora" *Académico, Psicólogo, Universidad de Chile*

Cambiando las características, se presenta un dispositivo de carácter eminentemente ambulatorio: **Los hogares protegidos**, símil de Casas de Medio Camino.

Se plantea la necesidad de Hogares Protegidos desde el aparato público, dado que no existe una responsabilidad directa por cubrir este servicio para personas que no cuentan con apoyo social y que no debe permanecer internada en un hospital psiquiátrico.

Se hace cargo la sociedad civil o bien, la empresa, mediante la tercerización del servicio a través de licitaciones. En este sentido, se han realizado una serie de denuncias respecto a malos tratos y vejaciones al interior de estos espacios altamente herméticos.

En una investigación realizada con el apoyo de fondos gubernamentales, se estableció que estos Hogares Protegidos son espacios altamente normados, donde los/as usuarios/as refieren un trato paternalista, es visualizado como un lugar de aislamiento de la sociedad, donde no se presentan las condiciones para el despliegue de una vida independiente, ni el ejercicio de aprendizaje del sostenimiento de una vivienda propia, por lo que se concluye que no cumple con objetivos de rehabilitación (Chuaqui, 2013)

En segundo lugar, se presenta explícitamente una problemática del modelo comunitario: la relación sostenida aún con los hospitales psiquiátricos, en los cuales se ha generado una reformulación de los servicios y se han disminuido efectivamente las camas y se ha reducido el período de internación, considerándolo como último recurso, sin embargo, continúa en términos políticos y de servicio de salud hegemónico, sobretudo en la zona central, dado que se mantienen los cuatro hospitales psiquiátricos a nivel nacional y se continúan organizando los servicios en torno a este dispositivo. En efecto, la administración de los Hogares Protegidos es también responsabilidad de los Hospitales Psiquiátricos, quienes administran y adjudican las licitaciones y debiesen cumplir un rol de fiscalización de estos dispositivos residenciales.

"No existe en Chile desde el aparato público hogares protegidos, o los dispositivos son muy mínimos en Chile, ligados a hospitales psiquiátricos, podríamos contar los dispositivos con los dedos de la mano" Profesional, Trabajadora Social, SENADIS

Otros dispositivos asociados a la inclusión social son los – recientemente creados desde la perspectiva del entrevistado – **clubes de integración e instituciones de rehabilitación.**

Como se vio en el apartado de Rehabilitación, no son logrados los objetivos de plena inclusión social (ni en sus componentes laboral y educativo) y son vistos más bien como lugares de realización de talleres recreativos y espacios de socialización significativos.

Misma realidad la de los clubes de integración, organizaciones que albergan a personas reunidas por una misma inquietud o situación, en este caso, personas diagnosticadas de una patología psiquiátrica, que tiene entre sus objetivos:

La socialización e inclusión de los participantes en actividades en las que el tiempo libre y el quehacer se estructuran de una manera sana y protectora y, en lo posible, de la forma más parecida a la vida social de las demás personas. (MINSAL, 2002)

En lo operativo, se realizan principalmente bajo la organización de profesionales interesados en el área y se constituyen como espacios de interacción social entre personas que han sido diagnosticadas con una patología psiquiátrica, pudiendo incluirse en algunos casos a sus familiares. Si bien brinda experiencias significativas, basadas también en la importancia terapéutica de la autoayuda, tienen la debilidad de continuar la situación de exclusión, mediante la creación de lugares específicos para personas con características similares, en lugar de generar redes que conecten hacia la inclusión real, de ahí que se entienda que “dejan a medio camino” en palabras del entrevistado, pues efectivamente sigue instaurando a la persona desde un espacio psiquiátrico.

“Lo que se ha creado actualmente en Chile, lo que es muy común, son los dispositivos como los clubes de integración e instituciones de rehabilitación etc., etc., pero todos esos llegan a medio camino, porque la persona no pasa después a ser un sujeto pleno de derechos” *Académico, Sociólogo, Universidad de Valparaíso*

Capítulo Quinto: Hallazgos de Investigación y Reflexiones Finales

“Investigar se aprende, y se investiga qué es aprender; pero esta es una verdad que no siempre se toma en cuenta y es fundamental en los ámbitos donde se aprende a ser un investigador”

Álvarez Pedrosian, 2005

1. Hallazgos de la Investigación

Llamamos Hallazgos de la Investigación a categorías y elementos emergentes que no se encontraban contempladas en la planificación de esta investigación, ni responden a preguntas planteadas directamente en sus objetivos, pero que emergen como un aporte potente para la comprensión de la cuestión abordada.

1.1 Persona como diagnóstico psiquiátrico: Actor/Actriz esencial, pero invisibilizado

"Dentro de eso se ven el tema de la estigma o de la inclusión social y me quedo con 2 grandes experiencias. La primera es cuando le preguntamos a ellos por la inclusión social y es cierto también que muchos de ellos no entendían qué significaba, pero uno de ellos en una frase dijo, lo que representa una mayoría: "para mí, ser incluido es ser un hueón más". **Eso fue, "ser un hueón más"**" *Académico, Sociólogo, Universidad de Chile*

5

El sólo hecho de no poder contar con la valiosa opinión de los/as usuarios/as de servicios de salud mental, receptores/as de Políticas Públicas de Discapacidad y supuestos sujetos a ser incluidos es un gran antecedente de los obstáculos de participación, naturalizados por la gran mayoría de la población y administrativamente avalados por medidas legislativas.

En primer lugar, declarar lo que pareciera ser obvio, pero la brecha gigantesca que no permite que realmente así, vuelve esta enunciación un imperativo ético: las personas que han sido diagnosticadas con una patología psiquiátrica **forman parte de la sociedad**, no se encuentran fuera de ésta.

"Creo que aquí el actor más invisibilizado, son las personas que son afectadas, en este caso las personas con algún diagnóstico. Ese es el paso esencial para hablar de inclusión. No quiero usar la palabra participación porque está súper manoseada, pero como darle la oportunidad a los actores dentro de este proceso de construcción de la inclusión. Creo que es el actor más invisibilizado y el actor más afectado, creo que eso nos diferencia de otras áreas y por eso a mí me apasiona trabajar en esta" *Profesional, Trabajadora Social, Centro Diurno*

⁵ Hueón, es un chilenismo que se utiliza comúnmente. Sirve para denominar a una persona cualquiera, para referirse a un/ amigo/a o para insultar. En este caso, se hace referencia a "ser una persona más, una persona cualquiera".

En el abordaje de la Inclusión, se debiese considerar fuertemente la Dimensión Subjetiva, abordando elementos como la autoaceptación, relaciones interpersonales, autonomía y proyecto de vida. Como se enunció en el apartado de rehabilitación, se vuelve relevante no sólo impulsar la “conciencia de enfermedad” postulada desde el modelo biomédico como un objetivo de trabajo, sino más bien una **conciencia de la persona como actor/actriz social**, para subsanar el ya dificultoso proceso identitario relativo a la constitución de una persona como paciente psiquiátrico donde “la índole de la naturaleza del paciente se redefine de tal modo que, en los efectos, sino en la intención, se lo convierte al fin en la clase de objeto sobre el cual puede realizarse un servicio psiquiátrico” (Goffman, 2001, p. 372)

Los nuevos modelos y formas de abordaje, debieran considerar también nuevos paradigmas y horizontes epistemológicos más humanos, acorde a su espíritu comunitario y de desmanicomialización, que se supone coloca al sujeto desde otro lugar, redefiniendo así la figura arcaica del “paciente psiquiátrico”, así como el de “persona con discapacidad”.

Antes, siempre antes de poder pensar en acercarnos a constructos como la inclusión social de personas que han sido diagnosticadas con una patología psiquiátrica o la consideración de su participación en igualdad de condiciones, etc. es necesaria la superación real de dificultades históricas que se sostienen hasta el día de hoy, la exclusión y principalmente el **estigma**. Si continuamos teniendo un trato condescendiente que no valora las reales potencialidades de la persona, continuamos replicando el lugar histórico que han ocupado de “locos/as”, generando profundos daños en la identidad y en la capacidad tan generalmente solicitada de “empoderamiento”, debido a la habituación a ser invisibilizado, no valorado ni validado.

“Como esto es social, pienso que las personas que han sido diagnosticadas tienen - no quiero decir que sea como justificada - pero tienen que enfrentarse a varias cadenas, porque finalmente es un círculo, porque se tienen que enfrentar a lo familiar, a lo social, a lo externo, que genera también en ellos respuestas más pasivas” *Académico, Fonoaudiología, Universidad de Valparaíso*

Esto debiese ser un cambio a nivel institucional avalado por la política pública vigente y, sobretudo, coordinado entre las diversas entidades que trabajan con esta población, puesto que vemos que – incluso dentro de los ámbitos de intervención que dicen trabajar por su bienestar – existen muestras de discriminación hacia las personas que han sido diagnosticadas con una patología psiquiátrica.

“Creo que la discapacidad de origen psiquiátrico, la verdad que desde el Estado, es la discapacidad que está más invisible hoy día. Está menos abordada, desde el aparato público... no sé si olvidada para no ser tan categórica, pero de las más invisibilizadas hoy día” *Profesional, Trabajadora Social, SENADIS*

Vemos una falencia importantísima en este punto: el diálogo entre el área de salud y discapacidad. ¿Cómo, dentro de una política que apunta a una misma población, se establecen situaciones de inequidad?

"Hay dos cosas, yo creo que la discapacidad, generalmente se asocia a dificultad física y a una discapacidad intelectual. Cuando la gente piensa en discapacidad, piensan en ese tipo de discapacidad. Cuando hay discapacidad psíquica o mental, nunca está en las cabezas, nunca, nunca. Pocos saben de eso, tienes gente que sabe las de psiquiátrica dura y de discapacidad en esta dimensión" *Académico, Psicólogo, Universidad de Chile*

Se vio en el análisis de la Ley N° 20.422, que la gran mayoría de las medidas establecidas apuntan a la discapacidad física, sensorial o intelectual, con mandatos concretos como el de Accesibilidad universal que involucra eliminar las barreras que impiden el pleno acceso a las personas con discapacidad, entendidas mayoritariamente como barreras concretas en términos de infraestructura, por tanto para subsanar esta situación se puede utilizar ayudas técnicas, modificar espacios, poner avisos en braille. Ahora bien, ¿qué hacemos cuando las barreras que no nos permiten acceder plenamente son barreras intangibles, como el estigma y la discriminación?

Es un deber de la Política Pública y un deber básico, el coordinar sus acciones y promover su coherencia (independiente del Ministerio que establezca dichas políticas) y procurar los mecanismos necesarios para que estas políticas dialoguen, sean colaborativas y no sectoriales.

Estas Políticas son llevadas a cabo por personas, no sólo por gestores, sino que en su aplicación del día a día sus lineamientos son ejecutados por profesionales, quienes, como se ve reflejado en el decir de una entrevistada, podrían no tener tanto conocimiento respecto de la participación de usuarios/as en instancias de inclusión social.

“Yo desconozco si las personas pueden ser incluidos en una mesa de inclusión, o que ellos puedan tener validadas sus ideas, que sería súper importante para generar los cambios porque es fundamental al retroalimentación, algunos pueden pensar que esto es maravilloso, pero si no sabemos cómo lo ve la persona que lo está recibiendo, sin saber si está haciendo efecto... Entonces creo que falta juntarse más y hacer que esto sea más productivo” *Profesional, Enfermera, Hospital de Día*

Esto nos lleva a otro elemento emergente de esta tesis. Muy por el contrario de la realidad de usuarios/as de servicios de salud mental: Los/as profesionales tienen un protagonismo abrumador.

1.2 Profesionales: Protagonismo abrumador

Llama la atención durante el desarrollo de esta investigación, el marcado protagonismo y exposición de los/as profesionales del área de salud mental y discapacidad, en desmedro de otras personas importantes como los/as mismos/as usuarios/as, familiares, activistas, o productores de Política Pública. De tal manera, que emergió como una categoría en sí misma, por la gran cantidad de material al respecto y la potencia del mismo. Aunque refieran a temáticas diferentes como los roles, actitudes y participación, se presentó con tanta intensidad que, como plantearemos a continuación, impresiona un protagonismo abrumador por parte de los/as profesionales.

“Porque siempre se busca en los profesionales, siempre es más protagónico en profesionales del área que en las mismas personas involucradas, sean familiares o personas diagnosticadas. Muchas veces lo que ellos, o nosotros consideramos como necesario, es bastante diferente a lo que las personas con discapacidad piensan que es importante, entonces siempre es más fácil pensarlo por las personas que siempre lo han hecho” *Profesional, Trabajadora Social, Centro Diurno*

Si bien este protagonismo es constantemente puesto en discusión desde ejes jerárquicos que hablan de la primacía de profesiones médicas (psiquiatra) por sobre la importancia de profesionales psicólogos/as, trabajadores/as sociales, terapeutas ocupacionales, entre otros, para estas reflexiones hablaremos de *trabajadores/as de la salud mental*, sin distinción de profesión, pero sí de formas de pensar y hacer.

Esto, se fundamenta en que las profesiones sostienen también posicionamientos y adscriben a paradigmas. En salud mental es, por tanto, posible encontrar psicólogos

comunitarios y biomédicos, trabajadores/as sociales que promueven la autonomía y otros/as asistencialistas y paternalistas, y así en todas las disciplinas que se desempeñan en el ámbito. Esto, relacionado con la medicalización de las profesiones en esta área de trabajo, de modo que la perspectiva psiquiátrica resulta hegemónica. Podríamos decir entonces que esta situación trasciende la psiquiatría y a los/as psiquiatras, quienes son siempre el blanco de las críticas, cuestión delicada, pues se puede perder la visión panorámica de la influencia de los/as demás profesionales en el sostenimiento de las lógicas manicomiales. Al fin y al cabo, los hospitales psiquiátricos son edificios, pero los hace la gente que allí se desempeña.

El rol de los/as trabajadores de la salud mental

Este elemento emergente es crítico al considerar el desempeño en la Política Pública y el avance (y a estas alturas, deseable consolidación) de los modelos comunitarios de Salud Mental, porque los posicionamientos profesionales tienen muchas y profundas implicancias. El mismo profesional de acuerdo a cada posicionamiento puede favorecer procesos de autodeterminación y empoderamiento o actuar desde el autoritarismo y una actitud directiva.

"En el caso de los profesionales, ellos mismos en un nivel de poca autocrítica se sienten muy ofendidos cuando se les trata de estigmatizadores" *Académico, Psicólogo, Universidad de Valparaíso*

El psicólogo argentino Enrique Saforcada contribuye para el análisis de los posicionamientos de los profesionales el concepto de *actitud autocrática* (Saforcada, 1999) hacia la persona que demanda su atención o hacia la comunidad. Como dijimos anteriormente, en el ámbito de la salud mental es posible no sólo encontrar psiquiatras adscritos al paradigma biomédico, sino a otros profesionales, de las ciencias sociales o de salud que concentran su trabajo en la enfermedad. Esta tensión entre paradigmas muchas veces se convierte en un indicador de buenas prácticas para usuarios/as de servicios, que muchas veces privilegian el trato y la atención en lugar de la tecnología.

"Entonces uno se ve a uno y al otro, y se da cuenta que el otro va abriendo nuevas cosas, los otros profesionales que tienen una relación más vertical y más desde la expertis y va viendo una cosa más paternalista y de protección" *Profesional, Trabajadora Social, Centro Diurno*

Estos profesionales que establecen una relación vertical y paternalistas, pueden identificarse como los que realizan un tipo de *intervenciones sociales dirigidas* (Montenegro, 2002). Con ello, nos referimos a profesionales que intervienen desde un diseño lineal y sin considerar la participación, ni recursos de la comunidad para ello, sino conceptualizándola desde la carencia y la exclusión.

Por otra parte, esta actitud también podría estar determinada desde la educación superior⁶, por una *barrera cultural* (Marconi, 1969). Esta barrera se establece desde los planes y formación de la universidad, reflejada en la negación del conocimiento de la comunidad, por no ser académico. Se expresa en el uso de lenguaje clínico y técnico no adaptado para contextos culturales populares, la distancia y jerarquía establecida por el equipo, el etnocentrismo y los juicios.

“Creo que ahí es donde estamos deficientes. Una porque ahí entran también las universidades, porque los profesionales están ahí con sus características, pero formados por las universidades, entonces también salen con sus sesgos, y con sus limitaciones y ventajas, y es como la suerte de ir agarrando un barco que se va moviendo, pero a veces creo que genera como una cosa amateur. Yo creo que finalmente se hace salud como una cosa amateur” Académico, Fonoaudiólogo, Universidad de Valparaíso

Por otra parte, el llamado *equipo interdisciplinario* parece establecer un consenso más bien en los planteamientos teóricos, desde donde su aplicación parecería ser mucho más sencilla que en la realidad de la práctica del equipo de trabajo de salud mental. Rafael Inglott (1999) afirma que en esta realidad interdisciplinar de trabajo se enfrentarán implícitamente los profesionales escudados cada uno en el paradigma al cual su disciplina adscriba, ejemplificando en el caso de los psiquiatras que, cuanto más celosos sean de su *status*, más proclives serán a las intervenciones de tipo biológico:

Todo este conjunto de falacias circula de modo no siempre explícito en el interior de los equipos, sustentando peligrosas inercias que nada tienen que ver con el trabajo interdisciplinar. Una de ellas es el asiento progresivo de fórmulas más o menos perversas de división del trabajo, cuyo patrón podría muy bien ser el siguiente: patologías “pesadas” sin cronificar, terapias biológicas y relaciones con el resto del sistema sanitario a cargo del psiquiatra; patologías “ligeras”, psicoterapias y programas rehabilitadores para el psicólogo; funciones conectivas y

⁶ En Chile, se le llama educación superior a la educación técnica o profesional posterior al liceo, conducente a un título técnico o profesional.

complementarias, a más de las relaciones con los demás sistemas, para el resto del equipo (Inglott, 1999)

Se torna claro que este es un desafío central dentro de la implementación de un modelo de salud mental comunitario (en primer lugar, dado que en el Plan Nacional se establece como la metodología de trabajo a utilizar), es un elemento que influye directamente en las prácticas de los profesionales y su vinculación entre ellos y con la comunidad.

"A nivel de los profesionales que trabajan en el tema, hay diversos matices porque tú como profesional aunque no lo quieras estás a veces en una parcela, en el ideal deberías trabajar ante el trabajo interdisciplinario, pero de pronto están tan dentro de tus propias metas o trabajo en todo ámbito profesional, que a veces esa arista se pierde en detrimento del trabajo que se desarrolla"
Profesional, Trabajadora Social, SENADIS

Se nos interpela como actores a todos/as quienes cumplimos alguna función en el ámbito de la salud mental a ampliar la mirada, pues el planteamiento de una perspectiva desde los usuarios/as de salud mental en diálogo con los/as profesionales y la política pública obedece a desmantelar una lógica de verticalidad y adentrarse en la honestidad intelectual de habilitar saberes y reconocer la diversidad de elementos de carácter histórico, cultural, político y contextual. Esto, habilitaría que el proceso exclusión/inclusión como constructo, sea puesto en suspenso desde cada uno de nuestros marcos generales, con el fin de realmente comprender primero, para criticar y transformar después:

Parece pues indudable que para evitar la tiranía de los discursos profesionales y comprender la realidad social de los procesos de exclusión e inclusión, las voces, los recuerdos y vivencias de las personas en situación de exclusión, deben unirse y dialogar con las de los investigadores, los académicos, los políticos y en general, con las de todos aquellos agentes sociales y marcos teóricos que dicen representarles (Parrilla, 2009)

En el ámbito de la salud mental y de esta tesis en particular, la invitación fue a que nos cuestionemos a qué nos referimos con inclusión social en salud mental, qué indicadores nos cambian de categoría a "incluidos", según quién y cómo es este constructo conceptualizado desde los diversos actores. Volvemos a la política pública y a la perspectiva de derechos, pues desde las Políticas en salud mental en Chile se establecen modelos comunitarios y un cambio de paradigma (del biomédico al biopsicosocial) sin embargo, continúan existiendo

prácticas desde la lógica manicomial, que etiqueta para luego medicar y (todavía) encerrar, sin mediar la voluntad, ni los derechos de la persona que ha sido diagnosticada con una patología psiquiátrica que se resumirían, basándonos en los Derechos Humanos en: “The right to experience psychosis (third generation), without forced treatment/medication (first generation), but with maximum support (second generation)⁷” (Spandler, H. y Calton, T., 2009)

“Va a depender de lo que el profesional coincida con la política pública, y podría hacer un consenso, pero eso no necesariamente implica que se construya un consenso reflexivo. Porque así, rápidamente las cosas que dice el estado se transforman en normas, entonces la cantidad de tiempo de atender a alguien, la respuesta a las estadísticas, y se aceptan” *Académico, Fonoaudiólogo, Universidad de Valparaíso*

Además, también como trabajadores/as de la salud mental, estamos expuestos/as a las condiciones laborales y exigencias que tiene el medio, por lo que es un desafío muchas veces el hacer el equilibrio entre las prácticas que uno desearía desde su horizonte ético, político y epistemológico y las exigencias de los lineamientos de trabajo.

Se releva esto como importante, porque a través de estas líneas no se busca culpabilizarnos como profesionales, pero tampoco desresponsabilizarnos/as, y también para poder dar cuenta de los dilemas éticos a los que estamos expuestos/as en el campo de la política pública, algunos son la burocratización, normativas institucionales rígidas y las propias condiciones laborales, en términos de clima laboral, remuneración y bienestar subjetivo brindado por la actividad.

“Es como una mirada más romántica lo de inclusión social, es ideal, pero no es la mirada inmediata de los profesionales que trabajamos con los pacientes, lo rápido es que no haga problemas, que este estable, entonces es tan clínico que va siendo cada vez más despersonificando, y lo tratamos más como etiquetas y cuadramos al paciente” *Profesional, Enfermera, Hospital de Día*

Finalmente en este punto se juega también cuál es el real compromiso de los/as trabajadores/as de salud mental respecto de la *transformación social* y la transformación de

⁷El derecho a experimentar psicosis (derechos de tercera generación), sin tratamiento/medicación forzada (derechos de primera generación), pero con máximo apoyo (derechos de segunda generación). Traducción de la maestranda.

la realidad de la salud mental en Chile hoy, ya que no sólo se precisa de capacitación y formación, sino también de un posicionamiento ético epistemológico.

"El usuario en que tome conciencia de que puede tener una vida plena, va a tomar conciencia de participar y exigir sus derechos, que yo lo veo en pacientes nuevos que han tenido tratamientos que han sido mucho más efectivos, como los mismos pacientes empiezan a plantear estos mismos temas, entonces, es algo que esta inmersos en la sociedad de querer ser autónomos. Estamos hablando de un término genérico que engloba todas las enfermedades, pero no en todas las enfermedades los pacientes tienen los mismos posibilidades para poder hacerlo, entonces ahí uno debería tener una actitud mucho más paternalista y asistencialista con ellos" *Profesional, Psiquiatra, Unidad de Salud Mental*

En este sentido, el tecnicismo asociado al modelo de salud mental comunitario no va enlazado con un cambio de paradigma por parte de los/as profesionales, quienes muchas veces, incluso siendo del área social o salud en una perspectiva más amplia, abordan de una manera clínica los procesos de atención, como en el caso del entrevistado mencionado, que asocia los procesos de fortalecimiento personal a la mejora de los tratamientos efectivos, sin visibilizar potenciales factores del contexto, personales, familiares, políticos, en fin, que no tengan que ver con el trabajo que *él* realiza, ni con los fármacos prescritos.

Existe una carga administrativa importante en el área de la salud mental para cumplir con indicadores de resultados que aportan a este tecnicismo excesivo, ya que además de sobrecargar a los equipos genera un desgaste del recurso humano, quien puede ir desencantándose con el trabajo y por tanto, invisibilizando el potencial componente creativo y transformador de sus prácticas "Algunos lamentan, además y en esa línea, la despolitización y desideologización del trabajo comunitario que pasa a ser más una tecnología social que un fermento político y transformador" (Sánchez Vidal, A. en Zambrano, 2007).

"Y yo por eso soy súper consciente y no soy tan insistente diciendo: "ya chiquillos, pónganse las pilas, vayan contra el sistema", porque para uno es un poco más fácil, y no tiene tantas consecuencias como para ellos que como están en este sistema de protección, no son dueños de sí mismos" *Profesional, Trabajadora Social, Centro Diurno*

Existe también la necesidad de un ejercicio de vigilancia, observación y autocrítica constante para ser consecuentes en la forma en que honestamente nos planteamos como profesionales.

Ejemplificamos con el caso de un académico, que durante todo el proceso de entrevista presentó opiniones formadas y profundas sobre el modelo de salud mental comunitaria, y un discurso reflexivo y crítico sobre el estigma e incluso sobre los mismos profesionales y su ego, sin embargo invalida las capacidades de los/as usuarios/as, expresando que no cuentan con las herramientas para poder participar.

“Y en el caso de los usuarios, están bien internalizados en su condición, es como pedirles mucho porque no tienen las herramientas para [organizarse y abogar por sus derechos]” *Académico, Psicólogo, Universidad de Chile*

Los modelos hegemónicos de psiquiatría y las lógicas manicomiales están arraigadas en algunas instituciones y continúan presentes en las prácticas de algunos/as profesionales, por ello se dan con mayor frecuencia y facilidad que los modelos comunitarios y pensados desde otro lugar.

2. Reflexiones Finales

Cerrando esta tesis, quisiera dejar planteadas algunas cuestiones, que surgen como reflexiones del proceso de investigación en sí, del aprendizaje de investigar, de las dificultades surgidas en el campo, sobretodo la imposibilidad de poder realizar el trabajo con usuarios/as de servicios de salud mental, del tránsito en la Maestría en Psicología Social en la UDELAR y de la vida misma como chilena en Uruguay.

En este capítulo, no sólo se busca reflexionar desde los resultados presentados anteriormente, sino también poder trascender éstos, planteando propuestas y líneas de interés descubiertas en este tránsito.

- **Sobre dar por completo lo insuficiente**

En este apartado, nos referiremos al uso (y abuso) del término inclusión social, sin realmente ser un constructo que logre una densidad conceptual ni teórica.

“A pesar de que el término se usa profusamente a escala internacional, no existe un consenso real sobre lo que significa la inclusión social” (Britton y Casebourne 2002 en Villalobos, 2010, p. 25).

Como se pudo poner de manifiesto con esta investigación, del grupo de profesionales y académicos entrevistados/as, nadie define teóricamente la inclusión social, no hay cita de autores/as, ni tampoco discusión de diversas corrientes teóricas, que desde la validación o las críticas pongan a discutir qué es y qué elementos críticos debiese considerar la Inclusión social. Recordemos que esta investigación se realizó mediante entrevistas a profesionales y académicos que se desempeñan hace más de tres años específicamente en el área de salud mental y en la mayoría de los casos sobrepasan ese mínimo de años de experiencia. Además, todas las personas entrevistadas se dedicaban a áreas de rehabilitación o en instituciones cuyos objetivos tenían definidos la inclusión social y, en el caso de los/as académicos, desempeñan su trabajo de investigación en áreas acordes, como el estigma y la discriminación. Por lo anterior, podríamos decir que fueron entrevistados/as expertos/as en salud mental y exclusión social/inclusión social.

Por otra parte, no se menciona en ninguna parte como objetivo de trabajo específico para personas que han sido diagnosticadas con una patología psiquiátrica la inclusión

educativa, sólo laboral, bajo parámetros de Empresa Social o modalidades de Empleo con Apoyo.

- ***Nuevos términos, viejos discursos.***

Persiste en el discurso la visión de la población receptora de estas Políticas como personas enfermas, dependientes y de escasos recursos. Por lo demás, se generan instituciones y medidas para personas de condición socioeconómica baja extrema, focalizando de manera tal, que las personas que no están en situación de indigencia o pobreza - y no cumplen con requisitos como puntaje en instrumentos antes mencionados - no logran el acceso a estos beneficios. Esto genera doble efecto, en primer lugar que se olvida la visión integral, de que hay cuestiones transversales al problema de las personas diagnosticadas con patología psiquiátrica más allá del sector socio-económico, que dicen relación con las condiciones de vida y estructurales actuales.

Por otro lado, que sin duda la situación socioeconómica es un aspecto que no se puede soslayar. Durante el desarrollo de la investigación - si bien aparece en los componentes estructurales - esta dimensión no está tan presente. Este estudio se enfocó en instituciones públicas (aunque en Chile tengan la característica de ser privadas de todas maneras, porque son pagas), en el que se ve una polarización de los sistemas más duros (como los hospitales psiquiátricos persistentes en Chile) para los/as pobres, médico particular para las clases altas y para la clase media una dificultad de acceso que sólo se zanja ante una situación aguda, situación identificada incluso por la Organización Mundial de la Salud (2007) en su teoría del *Círculo vicioso de la pobreza y las enfermedades mentales*. Por ello, la ausencia de referencia a este componente es importante, y en la incorporación de los elementos discursivos deviene un resultado por omisión, por lo no dicho.

No podemos hablar de salud mental comunitaria, ni de inclusión social como ideal. Para ello, primero se debe superar el modelo manicomial y la mirada de exclusión social, que a pesar de que el discurso diga lo contrario, necesitan consolidarse para poder comenzar a hablar de estas nuevas cuestiones. Mientras se siga trabajando bajo la lógica de clasificación de la población (Castel, 1984), sobretodo de “los locos”, “los pobres”, “las mujeres” y se entienda que la suma de categorías (“mujer, loca y pobre”) generan mayor gravedad y necesidad de intervención experta, seguiremos hablando desde la vereda de la exclusión social.

Es por eso que un elemento a rescatar es el de la intersectorialidad. Pensada desde la superación de categorías, hacia una nueva perspectiva de trabajo de las políticas públicas y trabajo de intervención, que incorpore la diversidad como característica inherente al ser humano y genere, además - lo relevado por los/as entrevistados/as - la necesaria coordinación entre estas diferentes áreas de protección o apoyo hacia las personas (vivienda, salud, trabajo, educación, entre otras).

Por otra parte, superando la visión de políticas públicas, encontramos la perspectiva feminista de interseccionalidad. Esta, da cuenta de que las formas de opresión son dinámicas, que generan intersecciones entre ellas y conceden distintos privilegios y opresiones al mismo tiempo, cambiando según el contexto. En ese sentido, cada persona está sujeta a distintos sistemas de opresión y puede hablar y dar cuenta de su experiencia en este entramado de sistemas. Porque una mujer vive situaciones de opresión ante el sistema patriarcal, pero un hombre migrante peruano viviendo en Santiago, las vive también. Esta sería una forma de integrar la perspectiva de diversidad y valoración de la experiencia subjetiva para el abordaje de distintas temáticas (sin conceptualizarlas previamente como problemáticas).

Además, su incorporación generaría un cambio ante la continua dinámica de intervención y sobreintervención de las personas como individualidades, sin generar intervenciones en el medio social, a pesar de que se enuncian como objetivos de las Políticas Públicas abordadas en esta tesis.

Foucault afirma que la forma de la salud mental como la entendemos es una concepción, una creación *social*, afirmando que

La locura no se puede encontrar en estado salvaje. La locura no existe sino en una sociedad, ella no existe por fuera de las formas de la sensibilidad que la aíslan y de las formas de repulsión que la excluyen o la capturan” (Foucault, 1960).

Parte de la superación de la exclusión, que comienza desde el discurso, es modificar el trato que se les brinda desde el lenguaje a las personas diagnosticadas con una patología psiquiátrica. Este aspecto es difícil de abordar pues se presenta también ambivalente, desde el discurso de muchos/as la discriminación hacia la “enfermedad” mental no es una realidad tangente, sino que está implícita, pero en la realidad comienza desde la denominación hacia estas personas, como vimos con Foucault (2004).

Por ello también me atrevo a realizar esta humilde conceptualización propia, para referirme a los usuarios/as de servicios de salud mental como personas que han sido diagnosticadas con una patología psiquiátrica, concepción absolutamente perfectible, pero que tiene una intencionalidad de aportar en ese sentido.

Parte de la superación de la exclusión, incluye hacerse cargo de lo ya realizado y no adoptar el Plan Nacional de Salud Mental como “borrón y cuenta nueva”. Esto involucra, entre otras cosas, la capacidad de dar respuesta a la permanencia de 441 personas en servicios de Larga Estadía en hospitales Psiquiátricos (WHO AIMS, 2014), aún siendo objeto de lógicas manicomiales.

Misma situación para Uruguay, que en su lucha actual por una Ley de Salud Mental – y ojalá aprendiendo de los errores de otros/as, como nosotros/as - no sólo debe proyectar la mejoras futuras y la creación de dispositivos y redes, sino también hacerse cargo de lo ya hecho y partir por brindarle soluciones a las personas que se encuentran en pésimas e indignas condiciones en las Colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi.

- **Del Rol de Profesionales**

Hablamos de un modelo profesional - céntrico que genera un proceso sumamente “eficiente”, a nivel técnico, traducido esto en la creación de dispositivos, una red de eficacia comprobada, organizada eficientemente mediante la distribución de la complejidad y también de la integración de profesionales no médicos/clínicos en equipos de salud mental.

Genera un modelo de salud mental como proceso dissociado de la política, de las implicancias y causas políticas, para pasar a ser reduccionismo técnico traducido en modelos y planes. Lo curioso es que ese modelo tan tecnocrático no cuente con elementos básicos que permitan generar y profundizar la producción de conocimiento útil para el abordaje de la salud mental de la comunidad, debido a la falta de Evaluación. Según Sapag (2014) algunas áreas críticas para la implementación de las políticas en salud mental, así como la complejidad de los servicios de salud mental son sólo parcialmente evaluadas o no consideradas.

Luego de una evaluación real, que indique cuáles son los avances, dificultades y obstaculizadores que haya en el establecimiento de estos modelos (salud mental comunitaria, específicamente, pero también de operacionalización de inclusión social y de

“lo comunitario”, se podrán establecer las brechas de implementación de éstas, asunto importantísimo si se desea avanzar hacia una aplicación real de ambas.

Podremos imaginar que este proceso de evaluación, obtendrá buenos resultados en los indicadores que ya conocemos, infraestructura y creación de nuevas instituciones, así como contratación de nuevos profesionales para ampliar la gama de trabajadores de la salud mental, ampliando la perspectiva centrada en el psiquiatra para incorporar a psicólogos/as, trabajadores/as sociales, terapeutas ocupacionales, entre otros.

También podremos imaginar, dado los antecedentes, que no sólo basta con la integración de éstos y la conformación de equipos con diversidad de disciplinas, sino también del conocimiento y la adopción del modelo comunitario en salud mental, para sentar las bases de un trabajo realmente interdisciplinario, no sólo en la planificación, sino también en su desarrollo y prácticas cotidianas.

De persistir estas tácitas diferenciaciones de personal adscrito al paradigma biomédico y “complementario”, es difícil, sino imposible, una real aprehensión del modelo. Como se abordó en el apartado del protagonismo abrumador, no sólo hace alusión a psiquiatra, sino también a trabajadores sociales biomédicos, psicólogos biomédicos, enfermeras comunitarias, administrativos asistencialistas, etc. y de ahí la importancia de indagar la gran diversidad de posicionamientos en el ámbito de salud mental.

Misma situación para la inclusión social y para la rehabilitación, ésta última vista como un proceso lineal de los niveles de intervención en salud, que sin la superación del tratamiento, no puede comenzar la rehabilitación.

Tanto de salud mental comunitaria, como de inclusión, deberíamos conocer el impacto o el grado de conocimiento y aceptación de las personas que se desempeñan en salud mental, para poder generar información útil y honesta como punto de partida y de evaluación. Si persisten ideales manicomiales en los/as trabajadores/as, difícilmente se instaurará un modelo comunitario, que privilegie las redes al encierro.

Las posibles propuestas que emergerían del estudio de los imaginarios de profesionales y el grado de conocimiento y aceptación del modelo de salud mental comunitaria (o posicionamiento profesional) por un lado, y al constructo de inclusión social (que un esbozo podemos visualizar en el desarrollo de esta tesis, particularmente respecto de la opinión de los/as entrevistados/as), están directamente relacionadas con procesos culturales, que superan ampliamente las posibilidades de esta tesis. Pero son necesarias para la promoción de transformaciones a corto plazo, por lo cual como primer paso se

plantea algo concreto: visibilizar los estados de avance de los movimientos que se encuentran a nivel discursivo en el imaginario de la sociedad, profesionales y política pública. Y lógicamente, dar el espacio para que los/as invisibilizados/as históricamente, rompan los ciclos de opresión para que su voz emerja con más fuerza, pues debiera ser la más importante.

Para lograr la intersectorialidad, la interdisciplina y la capacidad de evaluación, es necesario darle una revisión a la formación de estos/as profesionales y superar también una visión tecnocrática de la educación en Chile.

- **Potencialidades de la emergencia de un discurso inclusivo**

Es importante no desconocer los virajes del discurso y pensar esta elaboración de Políticas y medidas legislativas como primer paso para la consolidación real de un momento que supere la conceptualización desde la carencia y la exclusión hacia el abordaje de la persona en su integralidad, procurando realizar medidas concretas para la igualdad de oportunidades real.

Un ejemplo emblemático sería el del “Contexto Comunitario” y la estrategia de Comunicación Social. Se hace a lo largo de la investigación constante alusión a la sociedad, en algunas ocasiones como agente excluyente, es por esto que adquiere un rol principal, no como “personaje negativo”, sino como potencial para un mayor acercamiento mutuo, siendo de vital relevancia la educación e información por parte de la comunidad.

Una de las principales estrategias consideradas eficientes es la *Comunicación Social*, debido al surgimiento de los medios de comunicación como transmisores de un mensaje cargado de estigma, pudiendo ser una herramienta importante para provocar un efecto contrario, que entregue información fidedigna y no estigmatizadora. Estando ya definido como Estrategia anti – estigma en el Plan Nacional de Salud Mental, se esperaría que su implementación sea una herramienta efectiva de lucha contra la discriminación.

- **Si saber no es un derecho, seguro será un izquierdo**

El aprendizaje e intercambio cultural vividos en Uruguay a raíz de la Maestría en Psicología Social, fueron más allá del proceso de resocialización y las negociaciones identitarias colectivas de un proceso de migración.

Tiene un trasfondo mayor, porque hoy – desde el otro lado del charco y de la cordillera - puedo decir que estudié gratis, *pero no en mi país*.

La educación vista a través de la realidad uruguaya me enseñó que existen valores, creencias e ideales tras la educación gratuita y laica. Pasa de ser un slogan publicitario de sostenedores de la industria educativa chilena (“Somos una universidad sin fines de lucro”) a la forma en que se estructura un pueblo, el uruguayo, que desconoce afortunadamente desde la vivencia lo que en estas latitudes es ley: Los/as estudiantes deben pagar más de \$75.000 uruguayos para poder obtener un título universitario de grado en una universidad pública. Para estudiar un magíster en una universidad pública deben tener aproximadamente \$104.000 uruguayos.

Ni hablar de las proliferantes casas de estudio privadas:

El sistema educacional en Chile es uno de los más ideológicos del mundo porque afirma incondicionalmente que una carrera universitaria es una inversión, por lo tanto si es una inversión debe ser pagada por la persona o su familia, ya que va a aumentar su valor como capital humano, en el mercado laboral. Todo ese lenguaje es economicista en extremo, expresa un individualismo extremo. Aquí no importa la calidad de los profesionales, ni su orientación hacia la sociedad, sino lo que importa es que esa persona va a ganar ojala mucho dinero. Por lo tanto, ***se justifica una privatización de la educación y los altos costos de la educación privada en Chile como una inversión económica. Esta es una expresión militante de la ideología neoliberal*** (Vergara, 2013)

Es por esto que no comprendí las quejas de mis compañeros/as de maestría sobre la incorporación a programas. Porque para mí fue un compromiso ético-político el retribuir en una mínima parte lo que la Facultad de Psicología de la UDELAR me había brindado:

Asignarme el único cupo que tenían para extranjeros/as; la posibilidad de estudiar un posgrado por mis características, no por pagar mucha plata; permitirme trabajar para vivir y estudiar sin tener que endeudarme.

Libertad que tuve la suerte de tener, a diferencia de miles de “compatriotas”, por los/as que sigue la movilización, para que - como en el paisito - en Chile haya educación gratuita, laica, de calidad y no al servicio del mercado.

Referencias Bibliográficas

Boulos, R., Laczynski, P. y Tedeschi, G. (2011) La inclusión social y los gobiernos locales del MERCOSUR. *Revista Mundo Nuevo*, Año 4, N° 9, pp. 43 – 79.

Bourdieu, P. (1999) *El oficio de sociólogo*. Madrid: Siglo veintiuno.

Bruner, J. (2004). *Life as narrative*. *Social research*. 71 (3), 691-710.

Caldas de Almeida, J.M, (2005). *Atención Comunitaria a personas con Trastornos Psicóticos*. Washington, EEUU, OPS-OMS.

Cano, A. (2011) *Notas para una genealogía del manicomio en el Uruguay*. Montevideo: CSIC.

Castel, R (1986) *La gestión de los riesgos (De la antipsiquiatría al post-análisis)*. España: Anagrama.

Cerrillo, J. (2009). El intermediario imposible. Algunas reflexiones en torno a epistemología y ética en la investigación cualitativa. *Nómadas. Revista crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 24 (4), 187-201

Chuaqui, J. (2002) Esquizofrenia, estigma e inserción laboral. *Psiquiatría y salud mental* Santiago de Chile, año XIX, N° 1, Enero - Marzo 2002, 4-11

Chuaqui, J. (2002). *Sociedad, psiquiatría y esquizofrenia (interrelaciones)*. Valparaíso, Chile, Alba.

Chuaqui (2005) *Salud mental y Derechos Humanos*. Documento presentado en la sesión plenaria del martes 8 de noviembre En: Conferencia Regional de Reforma de los Servicios de Salud Mental (“15 años después de la Declaración de Caracas”, 2005, Brasilia, Brasil). 9 pp. OPS/OMS

Chuaqui, J. (2005) El estigma en la esquizofrenia. *Ciencias Sociales Online* (Revista electrónica de la Universidad de Viña del Mar). Vol. II, N° 1, Marzo 2005 www.uvm.cl/csonline

Chuaqui, J. (2008) *Adaptación Social: Nueva forma de enclaustramiento en la salud mental*. Ponencia presentada en el VII Congreso Internacional Salud Mental y Derechos Humanos, 10 al 13 de diciembre. Asociación Madres Plaza de Mayo, Buenos Aires, Argentina.

Curbelo, O., Del Castillo, R., Pardo, V., Regazzoni, E., Grunbaum, S. y Kaplan, M (2002) Evaluación retrospectiva de un programa de rehabilitación psicosocial de adultos *Revista de Psiquiatría*, Vol. 66, N° 1, junio 2002.

Curbelo, O. (2008) Discapacidad. Integración. Inclusión. Una mirada desde la rehabilitación psicosocial. En Asociación Psicoanalítica del Uruguay (2008), *Exclusión – Inclusión II Coloquio Emergencia Social* p.p 90 – 04. APU: Montevideo.

Del Castillo, R., Villar, M. y Dogmanas, D. (2011) Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, (4): 83 –96.

Desviat, M. (2007, marzo). *Vigencia del modelo comunitario en salud mental: Teoría y práctica*. Gaceta de Psiquiatría Universitaria, Año 3, Volumen 3, N° 1. Recuperado de <http://www.gacetadepsiquiatriauniversitaria.cl/ediciones/vol3n1marzo2007.pdf>.

Fernández, B. (2009) *Complejidad social y salud mental: Informe de investigación*. Montevideo: CSIC.

Foucault, M. (1960) *Locura y civilización*. Suecia.

Foucault, M. (1970) *El orden del discurso*. Barcelona, Tusquets.

Foucault, M. (2004). *Historia de la locura en la época clásica I*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (2004). *Historia de la locura en la época clásica II*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Goffman, E. 2001 (1961) *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

González T., y Cano, A. (2010) Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: tipos de análisis y proceso de codificación. *Nure Investigación*, No. 45, Marzo – Abril 10, 1-10

Holstein, J. y Gubrium, J. (1995). *The active interview*. London: SAGE Publications.

Inglott, R. (1999) La cuestión de la transdisciplinariedad en los equipos de salud mental. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* Vol XIX (70), pp. 209-223.

Iñiguez, L y Antaki, C. (1994) *Boletín de Psicología*, No. 44, Septiembre 1994, 57-75.

- Krippendorff, K. (1990) *Metodología de análisis de contenido: Teoría y práctica*. Barcelona: Paidós
- Madariaga, Carlos. (2010) *Apuntes para una conceptualización*. Módulo 2 Diploma Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, Escuela de Salud Pública Salvador Allende, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
- Margel, G. (1994) Para que el sujeto tenga la palabra: Presentación y transformación de la técnica de grupo de discusión desde la perspectiva de Jesús Ibáñez. En FLACSO (2004) *Observar, escuchar y comprender: Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. (pp. 201-226) México: FLACSO
- Martínez, M. (2009) *Exclusión social: Experiencias de discriminación de personas con diagnóstico psiquiátrico severo*. Valparaíso: Universidad de Valparaíso.
- Mendive, S. (2004). Entrevista al Dr. Juan Marconi, Creador de la Psiquiatría Intracomunitaria: Reflexiones Acerca de su Legado Para la Psicología Comunitaria Chilena. *Psykhe* Vol.13, n° 2. Extraído el 20 de octubre en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282004000200014&lng=es&nrm=iso
- Ministerio de Salud (2000) *Plan de Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud (2002). *Orientaciones técnicas para el desarrollo de Clubes de Integración Social*. Chile, Santiago, Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud (2006). *Norma Técnica N° 90, Rehabilitación Psicosocial para personas mayores de 15 años con trastornos psiquiátricos severos y discapacidad*. Chile, Santiago (Chile), Ministerio de Salud
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2003) *Rehabilitación e integración social de las personas con trastornos mentales graves*. Madrid: IMSERSO.
- Minoletti, A. y Zacarías, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Pública/ Panamerican Journal Public Health*, 18, 346-358.
- Minoletti A, Narváez P, Sepúlveda R, Caprile A. (2009a) *Chile: lecciones aprendidas en la implementación de un modelo comunitario de atención en salud mental*. En: Rodríguez J,

ed. Salud mental en la comunidad. Serie Paltex. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.

Minoletti A, Narváez P, Sepúlveda R, Funks M. (2009b) Desarrollo de Políticas y Planes de Salud Mental Comunitaria. En: *Rodríguez J, ed. Salud mental en la comunidad. Serie Paltex. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.*

Morales, J. y Olza, M. (1996). *Psicología Social y Trabajo Social*. Madrid: McGraw-Hill.

Montenegro, M. (2002) *El cambio social posible: Reflexiones en torno a la intervención social*. Santiago de Chile: ARCIS.

Montero, M. (2011). *Nuevas perspectivas en Psicología Comunitaria y Psicología Social Crítica. Ciencias Psicológicas V (1): 61-68.*

Organización Mundial de la Salud (2005) *Who resource book on mental health, human rights and legislation*. Consultado el 4 de abril de 2009 en http://www.who.int/mental_health/policy/who_rb_mnh_hr_leg_FINAL_11_07_05.pdf

Organización Mundial de la Salud (2006) *Manual de recursos sobre salud mental, derechos humanos y legislación de la OMS*. Ginebra, Suiza: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2007) *Salud Mental: Un estado de bienestar*. Consultado el 25 de abril de 2009 en http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html

Universidad Central, Ministerio de Salud Chile, Hogar de Cristo (2005). *Enfermedad mental, derechos humanos y exclusión social*. Chile, Santiago. Universidad Central, Facultad de Ciencias Sociales.

Parada, P. y Garriz L. (2010) Reflexiones en torno a la Estigmatización Social de la locura comprendida como Esquizofrenia. *Revista Psiquiatría.com*; 14:7. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10401/2735>

Parker, I. (2002). *Investigación cualitativa*. Documento elaborado para el Seminario de Investigación Cualitativa. Santiago de Chile: Magíster de Psicología Social ARCIS/Universitat Autònoma de Barcelona

Parrilla, M. (2009). ¿Y si la investigación sobre inclusión no fuera inclusiva? Reflexiones desde una investigación biográfico-narrativa. *Revista de Educación. Madrid*, (349) May-Ago, 101-117. Recuperado de: http://www.revistaeducacion.mec.es/re349/re349_05.pdf

Pérez, D. (2009) *Funcionamiento Psicosocial de personas con esquizofrenia que participan en Programas de Rehabilitación Psicosocial ejecutados por COSAM de la Zona Occidente (Región Metropolitana)*. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología, Mención Psicología Social Comunitaria. Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

PRONADIS (2012) *Objetivos institucionales*. Programa Nacional de Discapacidad, Ministerio de Desarrollo Social. Extraído el 20 de marzo del 2012:

<http://pronadis.mides.gub.uy/innovaportal/v/15317/9/innova.front/objetivos>

Ramos, P. y Arenas, A. (2013). *Acceso a la ficha clínica para investigación científica*. Revista Chilena de Derecho, 40(3) 1055-1071. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=177030099017>

Saforcada, E. (1999) *Psicología sanitaria: análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. Buenos Aires: Paidós.

Sandoval, J. (2004) *Representación, discursividad y acción situada*. Chile: Universidad de Valparaíso.

Sapag (2014) *Evaluación Integral de la Implementación de las Garantías Explícitas de Salud (GES) que Abordan Enfermedades Mentales y del Comportamiento en Centros de Salud Familiar del Sistema Público Chileno: Estudio Multi-Casos Cualí-Cuantitativo*. (Sin Edición)

SENADIS (2010) *Misión institucional*. Servicio Nacional de Discapacidad, Ministerio de Desarrollo Social Extraído el 20 de marzo del 2012: <http://www.senadis.gob.cl/quienes/mision.php>

Sepúlveda, R. (2006) *Estigma y Esquizofrenia*. Santiago de Chile. Extraído de: <http://www.psiquiatriasur.cl/portal/modules/wfdownloads/singlefile.php?cid=57&lid=270>

Sisto, V. (2008). La investigación como una aventura de producción dialógica: La relación con el otro y los criterios de validación en la metodología cualitativa contemporánea. *Psicoperspectivas*, VII, 114-136. Recuperado de <http://www.psicoperspectivas.cl>

Spandler, H., Hacking, S., Secker, J., Kent, L. y Shenton, J. (2006) Mental health and arts participation: the state of the art in England *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health* 126(3): 121-127

- Spandler, H. (2007) From Social Exclusion to Inclusion? A Critique of the Inclusion Imperative in Mental Health *Medical Sociology online* 2(2): 3-16
- Subirats, J., Alfama, E. y Obradors, A. (2009). *Ciudadanía e inclusión social frente a las inseguridades contemporáneas. La significación del empleo*. En Documentos de Trabajo (Fundación Carolina), núm. 32 (Ejemplar dedicado a: Género y empleo /coord. por M. Judith Astelarra Bonomi), pp. 133-142.
- Techera, A, Apud, I y Borges, C. (2009) *La sociedad del olvido: Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*. Montevideo: CSIC.
- Valles Martínez, Miguel S. (2003). *Técnicas cualitativas de Investigación Social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Vergara, J. (2013) "El sistema educacional chileno es uno de los más ideológicos del mundo porque afirma que una carrera universitaria es una inversión" Recuperado de <http://www.uchile.cl/noticias/90248/jorge-vergara-sistema-educacional-chileno-uno-de-los-mas-ideologicos>
- Villalobos, E y Zalakain, J. (2010) *Delimitación conceptual de la inclusión social*. En Pérez Bueno, L. (Dir.) Discapacidad, tercer sector e inclusión social. Madrid: Cinca.
- WHO AIMS (2014). *Evaluación del sistema de salud mental en Chile*. Santiago, Chile, OPS.
- Zambrano, A. y Alfaro, J. (2007). *Trayectoria de la psicología comunitaria en Chile. Prácticas y conceptos*. Valparaíso, Chile. Editorial Universidad de Valparaíso.
- Zarate, C., Ceballos, M., Contardo, M y Florenzano, R. (2006) Influencia de dos factores en la percepción hacia los enfermos mentales; contacto cercano y educación en salud. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [online]. 2006, vol.44, n.3, pp. 205-214. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272006000300006&lng=es&nrm=iso

ANEXOS

Diseño de Investigación Inicial – Usuarios/as de Servicios de Salud Mental

I. Problema, preguntas de investigación y Objetivos

1. Problema de investigación

La inclusión social se ha vuelto un término difundido desde el lenguaje académico, se ha puesto como objetivo desde la Política Pública, lineamientos institucionales y discursos sociales. El área de trabajo de la salud mental no ha sido lejana a esta extensión del término. Los lineamientos desde la política gubernamental que procuran una mayor inclusión social de los colectivos excluidos, repercuten en el trabajo desarrollado en esta área. En el ámbito de la Rehabilitación Psicosocial es imprescindible el trabajo en conjunto con los/as usuarios/as. Esto, pues los objetivos de promoción de mayor autonomía y la propuesta de planes de rehabilitación deben involucrar sus intereses y aptitudes y deben ajustarse a su realidad familiar, económica, cultural, entre otras.

Dado el escaso desarrollo teórico que la inclusión social ha tenido y su amplia difusión en el último tiempo, conviene preguntarse qué es lo que los/as usuarios/as de servicios de salud mental piensan al respecto. Los significados que éstos/as otorguen a la inclusión social como personas en proceso rehabilitación psicosocial resultarán fundamentales para el abordaje profesional, para la mejora de las prácticas institucionales y para la coherencia de la política pública que redundarán en una mejora en la atención de esos/as usuarios/as. Esto en el contexto de Reforma en Salud Mental que se manifestó en la fundamentación y referentes teóricos y ante el vacío de producción académica respecto de la temática, cobra relevancia académica y social.

2. Preguntas de investigación

¿Cuáles son los significados que los usuarios de salud mental, participantes de una institución de rehabilitación psicosocial, asignan a la inclusión social?

¿Qué connotaciones tiene el término “inclusión social” para el colectivo de investigación?

¿De qué manera reconocen a la inclusión? ¿Como concepto, como política, como práctica social?

¿Cómo piensan que debería ser la inclusión social?

¿Qué relación establecen entre rehabilitación psicosocial e inclusión social?

¿Cómo se relacionan las narrativas de los usuarios de servicios de salud mental en proceso de rehabilitación psicosocial, con las de profesionales de las instituciones de rehabilitación y lo propuesto por la Política Pública?

3. Objetivos

Objetivo general

Explorar y analizar las narrativas de las personas usuarias de salud mental que están transitando un proceso de rehabilitación psicosocial, en relación a la inclusión social.

Objetivos específicos

Indagar las percepciones, significados, ideas y vivencias que las personas usuarias de salud mental que están transitando un proceso de rehabilitación psicosocial, asocian a la inclusión social.

Indagar la relación que los sujetos establecen entre el proceso de rehabilitación psicosocial y la inclusión social.

Explorar si el colectivo identifica prácticas sociales que sean consideradas inclusivas y cuáles son sus características.

Analizar la relación entre las narrativas de los usuarios de servicios de salud mental, los profesionales que en ellos se desempeñan y la política pública.

II. Diseño metodológico

1. Metodología

La metodología más apropiada para la investigación es la **metodología cualitativa**, entendida como “a) un intento de capturar el sentido que estructura y que yace en el interior de lo que decimos sobre lo que hacemos; b) una exploración, elaboración y sistematización de la relevancia de un fenómeno identificado; c) la representación esclarecedora del significado de una cuestión o problema delimitado” (Parker, 2002, p. 3).

Como se expresó anteriormente, la temática a abordar no ha tenido mayor desarrollo desde el ámbito académico. Por esta razón el proyecto se define como un tipo de investigación **exploratoria**. Por otra parte, pretende dar cuenta de las características que adopta el

fenómeno de la inclusión social para el colectivo de investigación, y describir los sentidos y significados que éste asocia. Por tanto, este trabajo es también **descriptivo**.

La investigación se plantea desde una **perspectiva construccionista** que, a modo general, “ve a la ciencia como una forma de conocimiento que crea al mundo tanto como lo describe” (Parker, 2002, p. 10). Esta perspectiva supone un posicionamiento por parte del investigador/a que toma como base de la investigación la narrativa de los sujetos participantes y los significados que construyen respecto de prácticas o fenómenos sociales en un contexto y momento particular, “los significados que pueden ser recolectados, emergen de prácticas sociales situadas, y es ahí donde son construidos y reconstruidos” (Sisto, 2008, p. 119).

2. Instituciones seleccionadas⁸

En el presente apartado se describirá brevemente a las instituciones en las que se desarrollará la investigación: Corporación de Rehabilitación Dr. Carlos Bresky, de Valparaíso, Chile y Centro Psicosocial Sur Palermo, de Montevideo, Uruguay.

La **Corporación de Rehabilitación Dr. Carlos Bresky**⁹ es una organización de la sociedad civil, con personalidad jurídica n° 1572 desde el año 1980.

Cuenta con tres Centros Diurnos de Salud Mental (en Valparaíso, Viña del Mar y Peñablanca) en los que se realizan talleres grupales, psicoeducación, entrevistas individuales, actividades recreativas, trabajo con familiares, entre otros; un Centro de Formación Laboral denominado FusionArte y un Club Social. Entre todos sus proyectos, la Corporación Bresky cuenta con una población de 101 usuarios/as.

En términos organizacionales, la *misión* de la Corporación Bresky es “ser una alternativa de rehabilitación y de reinserción sociolaboral, poniendo énfasis en la optimización de recursos personales, familiares y comunitarios, que permitan que las personas con desafíos en salud mental alcancen una mejor calidad de vida, y al mismo tiempo, reconquisten su naturaleza de ciudadanos/as” (Corporación Bresky, 2011).

Por su parte, el **Centro Psicosocial Sur Palermo**¹⁰ es una organización no gubernamental (ONG) creada en 1987 en Montevideo. Tiene como objetivo general propiciar la mayor autonomía posible en los usuarios, así como el logro de una vida social participativa.

Tiende a realizar un abordaje integral, presentando una amplia gama de modalidades, programas, intervenciones y cursos (laboral, educativo, familiar, residencial, entre otros) y

Apartado realizado con información y documentos internos de los correspondientes centros de salud mental, algunos disponibles en sus respectivas páginas web.

⁹ www.bresky.cl

¹⁰ psicosocialsurpalermo.org

cuenta con 380 usuarios/as, abarcando un 32,6% de la población usuaria de centros diurnos del Uruguay (Del Castillo, 2011).

Ambas organizaciones presentan convenios con instituciones públicas, aunque las personas que no integran la población beneficiada por éstos, pueden realizar un pago mensual, de manera particular.

Se presentan como adecuados para la investigación debido a las condiciones que reúnen: ser instituciones dedicadas a la rehabilitación psicosocial, presentando ambas una larga trayectoria en el área.

Por lo demás brindan accesibilidad para la realización de la investigación y aporta una perspectiva intercultural al proyecto, permitiendo conocer las realidades de dos países del cono sur.

3. Muestra

Los sujetos participantes de la investigación son definidos desde los referentes conceptuales y contextuales que la enmarcan, por tanto se hace referencia a un **muestreo teórico**, con criterio de heterogeneidad (Margel, 2004).

Criterios de inclusión

Usuarios de servicios de salud mental: Se entiende por usuarias a las personas que utilizan regularmente los servicios de salud (al menos semanalmente). En este caso en particular, se utiliza la denominación pues no se guiará la investigación por una clasificación de diagnósticos psiquiátricos¹¹.

Participantes de una ONG de Rehabilitación Psicosocial, al menos hace un año: Se establece el criterio de participación de *al menos un año*, por considerar que es un tiempo adecuado para proporcionar a la persona la experiencia para reflexionar sobre los temas abordados.

Modalidades de participación: Se considerarán las *actividades en las que las personas participen*, según la diversidad de programas que contemplan los centros (laboral, terapéutico, recreativo).

Hombres y mujeres, mayores de 18 años: La definición de la edad dice relación con las condiciones del campo de investigación, dado que ninguno de los centros mencionados tiene especialidad de salud mental infanto-juvenil.

¹¹Este criterio ha sido utilizado en otras investigaciones, a modo de ejemplo se menciona: “We have deliberately avoided focusing on psychiatric diagnoses because they are also rejected by many people with mental health needs, and by some arts and mental health practitioners” (Spandler, 2006)

Nivel socioeconómico: Se incluirán las personas que participen del centro mediante un convenio con alguna institución pública y quienes realicen pagos mensuales.

Que deseen participar libre y voluntariamente de la investigación: Como criterio relativo a la ética en investigación con seres humanos.

4. Técnicas de Recolección de Información

Los instrumentos de recolección de información a utilizar serán técnicas de conversación (Valles, 1999, p. 177) y análisis documental (Valles, 1999, p. 109).

La **Entrevista semi estructurada** se utilizará de manera individual, con la finalidad de obtener información más detallada y en profundidad respecto de la temática. Se utilizará un *guión*, que permita la focalización en temáticas, pero que brinde la libertad y flexibilidad de adaptarse en el encuentro con el/la entrevistado/a (Valles, 2003, p. 180). En principio se realizaría un encuentro por entrevistado, pero se prevé que, de ser necesaria la profundización de algunos aspectos significativos, podría ser más de uno. Se estima un tiempo promedio de duración de una hora. La técnica de registro será la grabación de audio y subsiguiente transcripción.

Por su parte, el **Grupo de Discusión** será utilizado para conocer el discurso a nivel público de los/as participantes de la investigación y su consecuente reflexión y discusión: “reproducir y reordenar el sentido, precisa del trabajo del grupo” (Canales y Peinado, 1994 citado en Valles, 2003, p. 305). Para la planificación y conformación de éstos, se realizará un análisis preliminar de las entrevistas individuales, con la finalidad de utilizar los elementos más significativos extraídos de éstas como disparadores. Se prevé la realización de dos grupos de discusión, de entre 5 a 10 participantes, con una duración estimada de dos horas. La técnica de registro será la grabación audiovisual y subsiguiente transcripción.

El **Análisis documental** será principalmente de *documentos escritos* (Valles, 1999, p. 121), correspondientes a *documentos oficiales de administraciones públicas*, de la Política Pública chilena y uruguaya, así como documentos de profesionales e institucionales de los centros en los que se desarrollará la investigación.

El criterio de **saturación teórica**, que se manifiesta cuando no emerge nueva información al implementar las técnicas, será el criterio para el cese de la aplicación de éstas. Se vislumbra un mínimo de 10 entrevistas.

Se utilizará el **análisis de contenido**, como “una técnica de investigación destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a su contexto” (Krippendorff, 1990).

Se utilizará como insumo de investigación el trabajo realizado en Radio Vilardevoz¹². En este proyecto comunicacional de carácter participativo se realizó una **observación participante**, en la emisión radial de los días sábados y otras actividades comunitarias. Se utilizará tanto para la planificación, como para reflexionar y poner a dialogar a lo largo de la investigación.

III. Consideraciones éticas

Es necesaria la honestidad intelectual de asumir que “las preguntas de una investigación se estructuran por intereses personales y políticos que deben ser explorados, más que escondidos, porque es cuando se ocultan que hacen más daño” (Parker, 2002, p. 10).

Para el proyecto de investigación a realizar, se tiene en consideración que el año 1991 se definen los “Principios de Naciones Unidas para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental”; el cual consagra como principio número seis la **confidencialidad** afirmando que “Se respetará el derecho que tienen todas las personas a las cuales son aplicables los presentes principios a que se trate confidencialmente la información que les concierne” (OMS, 2006, p.3), principio que regirá la investigación a realizar, que se manifestará mediante la **privacidad** al momento de las entrevistas y el **anonimato** en relación a los/as participantes.

Un segundo aspecto que se considerará para el desarrollo de esta investigación es, como se mencionó en criterios de inclusión, la **libertad de participación**, es decir la voluntariedad de las personas para participar de la investigación.

Lo declarado anteriormente se registrará formalmente mediante la redacción de un **consentimiento informado**, el cual será leído y explicado a los/as participantes del estudio, para luego ser firmado por quienes aceptaran formar parte de la investigación.

Ambos centros han sido lugares de desempeño laboral de la maestranda. Esto genera por una parte la viabilidad del trabajo de campo, accesibilidad a los espacios y permisos institucionales, pero por otra genera la necesidad de reflexividad y de un ejercicio constante de vigilancia epistemológica (Bourdieu, 1999).

El plantearse esta investigación desde la perspectiva de los/as participantes y con el objetivo de amplificar su voz, conlleva también un posicionamiento ético. Ésta perspectiva puede verse como beneficio, así como también conlleva la responsabilidad de preservar el cuidado de los elementos planteados anteriormente.

¹²Esta actividad se desarrolló en el marco de la Incorporación de Maestrandos/as a Programas de la Facultad de Psicología. En este caso en particular, Radio Vilardevoz (radio comunitaria que funciona en el Hospital Vilardebó) es un programa del Instituto de Psicología y Educación, cuyos ejes de trabajo son Salud Mental, Comunicación y Participación.

IV. Cronograma de ejecución¹³

Meses	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Revisión bibliográfica										
Diseño de técnicas de investigación										
Aplicación entrevistas										
Aplicación Grupos de discusión										
Análisis de información										
Elaboración informe final										
Entrega de informe final										

¹³ El proyecto de tesis presentado al 30 de noviembre del 2012, se encuentra sujeto a la aprobación por parte de la Dirección de la Maestría en Psicología Social y el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología. El cronograma se realiza en el supuesto de que el proyecto sea aprobado para el mes de marzo del año próximo.