

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso
Facultad de Filosofía y Educación
Escuela de Psicología

Percepción de las familias en cuanto a su participación en el proceso de rehabilitación psicosocial de usuarios de un Centro Diurno en la Región de Valparaíso

Family perceptions about their participation in the process of psychosocial rehabilitation of users of a Diurnal Center in the Valparaíso Region

Trabajo de titulación para optar al grado de Licenciados en Psicología y al título de Psicólogos

Profesora Guía

María Isabel Reyes Espejo

Investigadores

María Ignacia Olguín González

Lukas Urzúa Varas

Cassandra Vargas Naranjo

Antonia Vidal Farías

Diciembre, 2016

Resumen

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría en Chile ha dispuesto a la familia como un actor fundamental en el proceso de rehabilitación y reinserción social de los usuarios¹ con trastornos psiquiátricos, sin embargo se cuenta con escasas investigaciones en torno a su participación en las Organizaciones Funcionales de la Red de Salud Mental en Chile. Desde aquí, esta investigación aborda la percepción de participación, las necesidades y estrategias usadas por la red familiar de los usuarios de un Centro Diurno de Rehabilitación Psicosocial de la ciudad de Valparaíso frente al proceso de rehabilitación y reinserción social. A través de un estudio exploratorio se llevó a cabo un grupo focal (de ocho participantes), y dos entrevistas individuales semiestructuradas, información que fue interpretada a través de un análisis de contenido categorial. Los resultados dan cuenta de una relevancia otorgada al modelo biomédico en el proceso de rehabilitación, a pesar de que hace 15 años está propuesto un modelo de salud mental comunitaria. Se evidencia, además, un escaso conocimiento de lo que hace el Centro Diurno de Rehabilitación y se levantan las necesidades de las familias. Por otro lado se da cuenta de una participación en el ámbito personal y cotidiano, identificando sus recursos y estrategias creadas. Se concluye que el predominio del modelo biomédico le impide a las familias vislumbrar otras formas de rehabilitación y considerar ser partícipes de ésta.

Abstract

With the implementation of National Mental Health and Psychiatry Plan, the family has been arranged as a fundamental actor in the process of rehabilitation and social reintegration of the users with mental disorders. However, nowadays we have limited investigation surrounding the participation of Chilean families in the community processes offered by the

¹ Este equipo es consciente del actual sesgo de género en la vida social y su lenguaje; sin embargo para la necesaria optimización de palabras en el artículo se utilizará el concepto "usuario(s)" para referirse también a usuaria(s).

Functional Organizations of the Mental Health Network in Chile. From here, this research addresses the perception of participation, the needs and strategies used by the family network of users of a Psychosocial Daytime Rehabilitation Center in the commune of Valparaíso, facing the process of rehabilitation and social reintegration. Through an exploratory study, a focal group (of eight participants) and two semi-structured individual interviews were carried out, which was interpreted through a categorical content analysis. The results show a relevance given to the biomedical model in the rehabilitation process, even though a community mental health model has been proposed 15 years ago. There is also evidence of a lack of knowledge about what the Daytime Rehabilitation Center does and the needs of families are raised. On the other hand it realizes a participation in the personal and daily life, identifying its resources and strategies created. It is concluded that the predominance of the biomedical model prevents families from seeing other forms of rehabilitation and consider being participants in it.

Keywords: Participation, Families, Community Mental Health.

Durante las últimas décadas, se ha presenciado desde el ámbito de la salud mental, constantes y progresivas transformaciones en torno a la manera en que ésta ha sido abordada y pensada.

Los acontecimientos históricos como la promulgación de la llamada Acta/ Ley Kennedy (1963), el giro de la OMS hacia una psiquiatría de modelos grupales y de solidaridad comunitaria (1963), y el surgimiento de la Antipsiquiatría (1967), entre otros hitos alrededor del mundo, llevaron al reconocimiento de la Salud Mental Comunitaria como un camino y estrategia alternativa a la institucionalización psiquiátrica a nivel mundial, promoviendo nuevos espacios asistenciales con miras a la reivindicación de la re inserción de los individuos con sufrimiento mental dentro de los contextos sociales; cuestionan el mandato social que fundamenta las prácticas de exclusión ejercidas por la psiquiatría y el

conjunto de prácticas discursivas que han fundamentado el mantenimiento de la segregación y exclusión de las minorías. (Amarante, 1995; Torre & Amarante, 2001; Yasui, Rosa & Luzio, 2001; Amarante et al., 2008; Yasui, 2010; Yasui, 2011 en Dimenstein, Karenina, Carvalho, Leite, Vieira y Siqueira; 2012).

En Chile, entre los años 1968 y 1973, el profesor e investigador universitario Dr. Juan Marconi Tassara, fue quien lideró e impulsó una radical modificación de la atención psiquiátrica y salud mental “involucrando un modo distinto de vincularse y dialogar con los “enfermos psiquiátricos” y la enfermedad misma, relevando en la intervención de salud mental la participación activa de otros profesionales y técnicos, junto con agentes y líderes comunitarios” (MINSAL, 2001).

Así, el poder médico sobre la locura retrocede, pierde paulatinamente su hegemonía, y son otros discursos teóricos-prácticos los encargados de volver a situar a quienes padecen enfermedades mentales en el universo de la cultura y la vida social. Sin embargo, dicho proyecto se verá interrumpido por el quiebre de la institucionalidad en el país y sólo será retomado con la recuperación de la democracia, varias décadas más tarde.

En consecuencia a lo anterior, en el año 2001 se formula en Chile el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (en adelante PNSMP), estableciendo la incorporación de los problemas y trastornos mentales en atención primaria; la creación de Hospitales Diurnos, Centros Diurnos, Hogares Protegidos, Clubes Sociales, entre otros; el desarrollo de centros de salud mental comunitaria, junto con equipos de atención primaria, de la población en un territorio asignado; el refuerzo de la participación de familiares y usuarios (MINSAL, 2010). Junto a esto, las familias son consideradas como un apoyo estratégico por el PNSMP, pues aportan a la optimización de las estrategias de intervención, además de evitar y/o disminuir el impacto negativo de la enfermedad mental en la salud de la familia (MINSAL, 2001). Se les proporciona un rol protagónico en la sensibilización con la comunidad, en la defensa de

las necesidades y expectativas con respecto al tratamiento médico y a los derechos de los pacientes, otorgándoles a los equipos de salud la responsabilidad de capacitar y proporcionar la suficiente información comprensible para el paciente y su familia (MINSAL, 2001). Así también, se les otorga la responsabilidad de programar actividades para apoyar el desarrollo de las organizaciones de usuarios y familiares, y de reunirse con ellos para el diagnóstico de necesidades, planificación, coordinación y evaluación de actividades (MINSAL, 2001).

A partir de lo anterior, consideramos relevante abordar la percepción que tienen estos actores fundamentales en el proceso de rehabilitación psicosocial desde la Salud Mental Comunitaria, adentrarnos en su sentir y pensar acerca de lo que el PNSMP establece. Nos interesa reconocer –y escuchar su voz- pero también validar su rol reconociendo sus propios recursos, percepciones, demandas, y deseos con respecto a su participación en los centros de salud mental comunitaria. En este sentido, nos preguntamos más concretamente: ¿Cómo desean las familias de los usuarios de un Centro Diurno de Rehabilitación los haga partícipes del proceso de rehabilitación del usuario? ¿Cuáles son las estrategias y recursos que crean las familias de los usuarios en su calidad de red de apoyo en el proceso de rehabilitación del usuario?

Para dar respuesta a nuestras interrogantes se realizó un estudio situado en una *Organización Funcional de la Red de Servicios de Salud Mental de Chile*, correspondiente a un Centro Diurno de Rehabilitación de la comuna de Valparaíso. En este marco se comprende que el alcance e impacto de la investigación sea principalmente otorgar un lugar relevante a las familias y figuras significativas en el quehacer del Centro Diurno de Rehabilitación, y explicitar sus visiones y percepciones en torno a su participación en la rehabilitación e inserción social de su entorno familiar o red de apoyo. Con ello, se pretende abrir nuevos espacios de relación para aproximarse de una manera más vinculante a las familias de los usuarios por el Centro Diurno de Rehabilitación, luego de re-conocer una

primera voz de ellas y ellos. Lo anterior, beneficia directamente a los usuarios del Centro Diurno de Rehabilitación, debido a que una mayor vinculación con su red de apoyo permite abrir espacios más personalizados, focalizados e integrales; con un número mayor y más rico de datos del sujeto en pos de fortalecer sus virtudes y ser una fuente de colaboración en el apoyo activo a las dificultades o potencialidades presentes en sus procesos de rehabilitación psicosocial y reinserción social.

Por otro lado, en el marco de las dimensiones ético-políticas de la investigación (Montero, 2001), resulta ético trabajar con las familias o figuras significativas de los usuarios en tanto estos últimos son beneficiarios directos del actual sistema de Salud Mental en Chile, por lo cual la investigación busca en un nivel específico fortalecerlos en su calidad de beneficiarias, y también, en un nivel general, aportar al mejoramiento amplio de las prácticas comunitarias y desde la Psicología Social-Comunitaria en la Salud Mental en Chile.

Por último, creemos esencial destacar que el impacto de esta investigación en el Centro Diurno de Rehabilitación Psicosocial, inherentemente es también un aporte a la disciplina de la Psicología Social-Comunitaria en Chile. Esto, porque por una parte se colaborará con la transformación de prácticas en Salud Mental Comunitaria y Psicología Social-Comunitaria al interior de una Organización Funcional de la Red de Salud Mental de Chile; siendo relevante también ya que proyectamos nuestra investigación desde la democratización del saber de la salud mental, es decir, optamos por situar nuestras acciones en reconocer y valorar las perspectivas y orientaciones de la comunidad de usuarios y familiares, concibiéndolos como agentes de cambio y no sólo como simples beneficiarios de políticas públicas o cifras estadísticas de cuadros diagnósticos (Cea-Madrid, 2015). El valor de lo social comunitario radica entonces, en reconocer y legitimar el saber de la comunidad,

allí donde los usuarios y sus familias son expertos por experiencia, no expertos por experticias (Colectivo Locos por nuestros derechos, 2015).

Marco Referencial

A continuación, se presentan los principales planteamientos teóricos que han guiado nuestro estudio, los cuales permiten entregar un marco contextual a la participación de las familias o figuras significativas en la Salud Mental Comunitaria.

Familia

Al indagar sobre el papel de las familias en la Salud Mental Comunitaria, la principal relación que se reporta en diferentes estudios tiene que ver con los movimientos sociales de agrupaciones de usuarios y familiares y su lucha por los derechos ciudadanos hacia una reforma de la salud mental y psiquiátrica (Vasconcelos, 2009, 2011; Arraes, de Figueiredo, Vieira de Almeida, Siqueira de Almeida, de Carvalho & Dimenstein, 2012)

En ellos se presenta la triada usuario-familia-comunidad casi como una unidad indisoluble ante la necesidad de abrir frentes de acción más amplios en el campo de la reforma psiquiátrica, y en el marco de la rehabilitación psicosocial. En este contexto toma relevancia los dispositivos de participación social involucrando usuarios, familiares y técnicos tal como los grupos de soporte mutuo y asociaciones (Arraes et. al, 2012). Este énfasis que se le da a la familia tiene en miras el objetivo de alzar la voz respecto al bienestar colectivo, construir poder desde la comunidad y abrir la temática a una discusión pública de manera que el padecimiento o sufrimiento de las personas diagnosticadas con trastorno mental no se remita meramente a su calidad como tal (Cea-Madrid, 2016).

La intención de dichos estudios es conocer con más riqueza de detalles las posibilidades de apoyo para los individuos que sufren por su trastorno mental que trasciendan al campo de asistencia en salud (Vasconcelos, 2011), por lo que al referirse a

una desinstitucionalización de la salud mental significa, por sobre todo, superar las fronteras sanitarias.

Dicha formación puede ir desde la posibilidad de ayuda mutua entre los individuos con dicho sufrimiento, pasando por acuerdos entre los miembros de diferentes familias para viabilizar el cuidado, hasta la militancia política junto a los gestores y a la sociedad civil para el cumplimiento de los derechos ya conquistados, y por la lucha por otros a conquistar (Arraes et al., 2012; Blais, 2002). Ardila (2009) agrega que aquí yace el origen de la necesidad de ampliar dichas barreras sanitarias e incluir a las familias como actor fundamental en la reinserción social de los usuarios en salud mental.

Desde esto y para esto, una de las tareas ha sido la “recuperación” de las familias de los pacientes crónicos institucionalizados, y en el caso de los pacientes nuevos, evitar el abandono por parte de las familias, además de ser un intento por retirar la culpa generada por algunas teorías familiares sobre el origen de la enfermedad (Ardila, 2009).

Ardila (2009) posiciona a la familia como la red de apoyo más importante con la que cuenta el individuo, en las diferentes formas en que se pueda configurar dependiendo del contexto histórico y cultural. En este sentido, afirma que la familia:

En cuanto sistema de apoyo, proporciona recursos y servicios de diversa índole a las personas, como la compañía social, el apoyo emocional, la guía cognitiva y los consejos, la regulación social, la ayuda material y de servicios, y el acceso a nuevos contactos (p.116).

Diversos autores tratan de comprender las dificultades que tienen las familias al aceptar que su familiar presenta un diagnóstico de enfermedad mental. Para Bedoya, Builes, García, Gómez, Londoño y López-Jaramillo (2011), las dificultades en el cuidado de estos enfermos tienden a afectar el equilibrio emocional y la armonía de las familias y ello se

refleja en cada uno de sus miembros, en un desgaste que cala tanto de forma subjetiva (percibida), como objetiva (mala salud, carga económica, rutina diaria ajena al cuidador) (Ribé, Valero y Pérez-Testor, 2011). La magnitud de este deterioro muchas veces puede desencadenar que las familias decidan desligarse de esta persona que les resulta disruptiva o dañina, llevando a esta última a buscar apoyo en alguien externo a la misma.

Desde aquí nace la importancia de contemplar en nuestro estudio no sólo a familiares, sino que ampliar el concepto a *figura significativa*, apuntando a las personas con las cuales los usuarios han construido un vínculo positivo, pudiendo ser este de cuidado, de afecto y/o apoyo; y a las que de alguna forma u otra colaboran en su proceso de rehabilitación y reinserción social, por lo que no necesariamente posean un lazo consanguíneo con el usuario. Por lo tanto, al hablar de familia en las páginas posteriores, se debe entender que se incluye aquí a las personas significativas con o sin lazo consanguíneo

Participación

Maritza Montero (2004), a pesar de afirmar que no es fácil encontrar una definición de participación, conceptualiza el concepto como:

Un trabajo colectivo en el que se transforma y se es transformado en una relación que implica individuos, grupos y circunstancias en las cuales se está participando, lo cual, a su vez, implica decisiones, acciones, derechos, deberes y logros (p.108)

En cuanto al concepto de participación en Salud Mental Comunitaria, Claudia Bang y Alicia Stolkiner (2013) señalan que en este se perpetúa el discurso participativo original tomado de la Atención Primaria en Salud [desde ahora APS] con las definiciones de comunidad y participación comunitaria de finales de años 70. Desde dicha conceptualización, el problema radica en que se implementan programas que son bajados

desde los niveles centrales en forma vertical, con gran desarticulación entre ellos (Bang y Stolkiner, 2013), resultando en prácticas -desde la metáfora piramidal- donde los actores sociales son ignorados y el operador continúa actuando como externo al campo de intervención.

Estas autoras conceptualizan, por el contrario, a la comunidad no como una masa homogénea sino -con la ayuda de teoría de redes- como una sociedad fragmentada sin unidades asibles, ordenables, coordinables y autolimitables. Rovere (1999) explica que en esta fragmentación se coloca en el centro al sujeto como actor y productor de futuros posibles. Si esta fragmentación sobrepasa límites tolerables aparecen como posibilidades las soluciones autoritarias, como la homogeneización, salvo que se construya otra posibilidad que se llama redes, como formas de articulación multicéntrica. (Bang y Stolkiner, 2013)

Redes es un concepto vincular que asume la heterogeneidad y permite heterogeneidades organizadas, posibilitando a la comunidad la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades (Bang y Stolkiner, 2013).

Para estas autoras, entonces, las prácticas comunitarias del campo de la salud se deben entender desde una perspectiva integral y compleja, requiriendo de un trabajo intersectorial, en donde el poder y el saber se refuerzan recíprocamente, generando canales de participación y a la vez proveyendo información necesaria para participar, democratizando así el conocimiento.

Siguiendo la línea de la crítica que realizan las autoras, Juan Carlos Cea-Madrid nos habla de la ausencia de derechos sociales universales en el marco de una hegemonía neoliberal (2015). Acá, la desinstitucionalización de la salud mental viene de igual forma a generar una sociedad de control, no de manera restringida pero sí diseminada por todo el entramado social.

Cea-Madrid puntualiza la importancia de las metodologías participativas. Estas constituyen una herramienta de resistencia, un cambio útil para valorar la voz de la comunidad, donde tanto usuarios, familiares y profesionales son los expertos por formación, pero mucho más por vivencia (Cea-Madrid, 2015). Legitimar dicha posibilidad de manera activa es un paso a la ofensiva en un contexto neoliberal como el chileno, pudiendo además, “el acto mismo de participación, tener incidencia en la propia salud mental de la colectividad involucrada, esto podría comportar una imbricación ineludible que expresa a los componentes psicosociales como difícilmente reducibles a la sintomatología o al diagnóstico” (Encina, 2014, p.9). En esta perspectiva, se pretende impactar en amplios ámbitos de la vida, desde quienes requieren de prevención en salud, atravesando a quienes demandan ayuda y hasta los que requieren una inclusión social más amplia (Encina, 2014).

Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría

Chile no se ha quedado atrás y se adhiere a las reformas a nivel mundial de la Salud Mental con la formulación, en el año 2001, del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. En este, el protagonismo dado a las familias es fundamental en el proceso de rehabilitación y reinserción social. Dicho Plan posiciona a las enfermedades mentales como uno de los grandes desafíos de las últimas décadas y asume la responsabilidad de iniciar un cambio de la forma más participativa y consensuada posible, privilegiando la atención más cercana a los espacios naturales de los pacientes e involucrando fuertemente a los usuarios y sus familias para lograr una inserción a la comunidad. (MINSAL, 2001)

Los usuarios y sus familias son vistos como protagonistas y apoyo estratégico al desarrollo del plan, pues, como se afirma en él, aportan a la optimización de las estrategias de intervención, a evitar o disminuir el impacto negativo de la enfermedad mental en la salud de la familia y son agentes efectivos para sensibilizar a la sociedad y ejercer presión

social. Se reconoce que la ayuda mutua entre sus miembros trae enormes beneficios para éstos y para la sociedad en general.

La relevancia que se le otorga a la participación de la familia es evidente, sin embargo el concepto de *participación comunitaria* utilizado por el Plan Nacional puede ser cuestionado. Juan Carlos Cea (2015) establece una diferencia entre participación como un fin y participación como un medio. El primero refiere al poder y el control residiendo en la comunidad misma a través de la adquisición de conocimientos, habilidades y experiencias que le permitan asumir mayores responsabilidades para su desarrollo y autonomía. Sin embargo, las limitaciones estructurales que presenta Chile imposibilitan el ejercicio de una participación como tal y sólo podemos observar una participación como un medio, expresándose a través de relaciones verticales en donde la comunidad coopera con proyectos externos provenientes del Estado. Cea-Madrid afirma que la institucionalidad sanitaria chilena no cuenta con mecanismos que posibiliten la participación efectiva de la comunidad en el proceso de formulación, aplicación, gestión y evaluación de políticas públicas de salud mental, imposibilitando, por ejemplo, la toma de decisiones de la comunidad sobre el uso de recursos públicos. Esto último se revela en la escasa asignación de recursos para intervenciones psicosociales y comunitarias o en los obstáculos para garantizar derechos sociales como vivienda y trabajo para las personas etiquetadas con diagnóstico psiquiátrico.

Ahora bien, de acuerdo al “Plan de Acción en Salud Mental” del OMS (2013) y al “Plan Nacional de Salud Mental” en Chile (2001), hay consistencia al plantear que los problemas de salud mental deben ser abordados desde un enfoque comunitario y biopsicosocial, dando prioridad a acciones preventivas y de intervención temprana dirigidas a mejorar continuamente la calidad de la atención, con la participación activa de los usuarios, sus familiares y organizaciones locales. Esta estructuración de la red de salud mental y psiquiatría resalta explícitamente el papel e implicancia de la familia como red de

apoyo fundamental en los procesos y estrategias que se levantan desde la praxis de la salud mental comunitaria.

A la luz de lo expuesto, se ha propuesto abordar la participación de las familias y/o personas significativas desde una dimensión subjetiva develando cómo perciben la importancia que desde el propio Plan Nacional se les otorga, revelar los significados y sentidos que han construido en torno a su participación en la Salud Mental Comunitaria. La relevancia de esto queda en evidencia, en tanto puede convertirse en una vía facilitadora para la transformación hacia una comunidad más inclusiva, participativa y empoderada fortaleciendo su grado de organización y participación directa en los servicios, en las estrategias de cuidado y en la gestión de las políticas (Vasconcellos, 2011) generando un vínculo más cercano entre los profesionales, los usuarios y la gente.

Este estudio se posiciona desde un área emergente de investigación, reconociendo la escasa indagación específica que existe en torno al tema, desde donde nuestro estudio pretende efectivamente profundizar.

Método

La investigación buscó comprender la percepción de participación de las personas significativas, identificar sus necesidades y conocer sus estrategias en el proceso de rehabilitación psicosocial del usuario. Lo anterior en el sentido amplio de participación, es decir, tomando en cuenta las acciones realizadas por el Centro Diurno, y las que forman parte sólo del microambiente familiar (por ejemplo al interior del hogar), con independencia de la Organización Funcional.

Este estudio de carácter exploratorio-descriptivo se enmarca dentro de un paradigma interpretativo y bajo un enfoque cualitativo (Baptista, Fernández y Hernández, 2010; Cea, 2001; Bogdan y Taylor, 1994). Busca comprender los significados que emergen en el contexto en que se desenvuelven las personas significativas de los usuarios del Centro

Diurno de Rehabilitación. A la vez, esta investigación buscó describir cómo perciben su participación en el proceso de rehabilitación psicosocial que ofrece el centro.

Participantes

En el estudio realizado participaron personas que poseen un vínculo positivo con al menos un usuario del Centro Diurno. Este grupo de personas fue de 7 mujeres y 3 hombres con edades de entre 16 y 75 años. La relación con el usuario era diversa en cada una de las personas, la muestra estuvo compuesta tanto por familiares de los usuarios, como por cuidadoras y administradora de los hogares protegidos en los cuales viven algunos de los usuarios.

Tabla 1
Características principales de la muestra de estudio

Sujeto	Vínculo	Edad
Marta	Madre de usuario	50 años
Renata	Madre de usuario	70 años
Ruby	Cuidadora de hogar	42 años
Macarena	Administradora. de hogar	32 años
Valentina	Hija de usuario	16 años
Demian	Primo de usuario	25 años
Bárbara	Hermana de usuario	76 años
Irma	Hermana de usuario	55 años
Francisco	Hijo de usuaria	25 años

Cristóbal	Hermano de usuario	58 años
-----------	--------------------	---------

Procedimientos

El centro diurno en el cual nuestro estudio se situó, contempla un trabajo de rehabilitación y reinserción social con 37 usuarios y usuarias. Esperando invitar a una persona significativa por usuario, se procedió inicialmente por presentar nuestro proyecto a los usuarios y pactar con ellos su colaboración, vía consentimiento informado. Así, teniendo la aprobación y autorización de ellos, para poder trabajar con la persona identificada, nos dispusimos a contactar directamente a dicha figura. Los usuarios que firmaron este consentimiento fueron 19, y de esta cantidad, fueron 10 personas significativas que finalmente estuvieron de acuerdo en participar. A estas diez personas se les propuso vía contacto telefónico participar en una experiencia de trabajo grupal. De estas personas, dos optaron por realizar encuentros individuales debido a su disponibilidad horaria, ya que uno de ellos estudia en Santiago, y el otro estaba en proceso de mudanza hacia la misma ciudad.

Para la producción de datos fueron utilizadas dos técnicas, la entrevista semiestructurada y el grupo focal. El contacto inicial con estas personas fue vía telefónica y su participación en el estudio fue voluntaria, previa aceptación y firma del consentimiento informado, en el cual se explicó el procedimiento e implicancias de aquella instancia, resguardando el anonimato.

Técnicas de producción de información

La entrevista, utilizada en primera instancia, permitió situar la producción de información hacia el tema de interés con cierta libertad en la realización de preguntas, con la intención de poder precisar conceptos (Hernández, Fernández y Baptista, 2010) o también profundizar en aquello pertinente para nuestra investigación. Se llevaron a cabo dos

entrevistas semiestructuradas con una duración entre los 30 y 45 minutos, realizadas cada una por una dupla de investigadores propiamente tal y en el lugar que los entrevistados estimaron más cómodos y convenientes para ellos.

La aplicación de la técnica cualitativa Grupo Focal posibilitó el diálogo sobre un asunto vivido y compartido mediante experiencias comunes, a partir de estímulos específicos para el debate que reciben los participantes, originándose una negociación en torno a cuestiones construidas colectivamente (Silveira, Colomé, Heck, Nunes da Silva y Viero, 2015). Este se llevó a cabo por todos los investigadores/as, quienes tuvieron diversos roles y funciones en su realización. El grupo focal tuvo lugar en las inmediaciones del Centro Diurno logrando una duración aproximadamente de 1 hora y 50 minutos.

Técnica de análisis de información

La información revelada fue tratada a través de un análisis de contenido. Esta técnica de análisis pretende denotar tanto el contenido manifiesto como el contenido latente de los datos analizados, reelaborando los datos brutos a través de la agrupación del material de similar hasta llegar a la conceptualización o regla descriptiva que justifique su agrupamiento, o bien, integrando dichos datos a interpretaciones o abstracciones de mayor nivel. (Cáceres, 2003). Para una mejor organización, comprensión y uso de los datos, se hizo uso del programa de análisis de información cualitativa, Atlas.ti, además de la construcción de una matriz o planilla categorial.

En cuanto a la organización de la información, primero, se definió aquellos elementos del contenido a analizar que versen en torno a los objetivos de investigación planteados, lo que coincide con los tópicos en que se organizó el grupo focal y las entrevistas semiestructuradas. Es así como el corpus de análisis se trabajó a partir de una codificación abierta a través de un proceso inductivo en donde se revisan las unidades de análisis preguntándose cuál es el tema, o significado que ellas encierran (Rodríguez, 1996).

Resultados

Los resultados obtenidos se presentarán en cuatro categorías organizadas en torno ejes temáticos que sustentan nuestro objeto de estudio. Cada una de las categorías describirán las visiones de las personas significativas de los usuarios, las cuales serán evidenciadas mediante las citas textuales que buscan ejemplificar sus contenidos y/o características.

1. Percepción del proceso de rehabilitación del usuario

La presente categoría contiene todas las aproximaciones de los entrevistados acerca de la visión que poseen sobre la experiencia de rehabilitación de los usuarios, desde el inicio de la enfermedad hasta la actualidad.

La opinión que comparten los entrevistados acerca del proceso de rehabilitación de los usuarios es la mejoría que perciben en el transcurso de la enfermedad. Esta mejoría está relacionada con estabilidad y con ausencia de síntomas.

(...) Se había puesto quizás un poco más, como entre comillas autista... como aislada... y ahora quizás no tiene tanto problema con hablar con la gente. (...) después que se le desencadenó esta enfermedad, como que le da como por no hablar con mucha gente, pero antes de eso era bien sociable. Entonces yo creo que ha vuelto un poco a hablar con la gente, porque antes no las pescaba, antes la miraba y se iba, cuando surgió esto de la enfermedad. (Francisco, Entrevista N°2)

Con respecto a estas mejoras, las personas significativas otorgan una especial importancia al tratamiento farmacológico, por lo cual se infiere que el modelo biomédico es el paradigma dominante y desde donde se significa la rehabilitación en salud mental:

Ellos están conscientes de lo que tienen, sus diagnósticos, que tiene una enfermedad crónica, que es para toda la vida, que es igual que un hipertenso que un diabético, que tomando sus medicamentos ellos van a estar bien (Macarena, Grupo Focal)

En cuanto a la percepción del proceso de rehabilitación, la rehabilitación psicosocial comunitaria no es nombrada como tal por ninguna persona significativa de los usuarios; lo que llama la atención, considerando que este centro diurno de rehabilitación tiene como principal objetivo su ejecución.

El hecho de que no reconozcan otras formas de rehabilitación más allá del modelo biomédico, puede vincularse a la falta de información de salud mental, lo cual puede ser observado en el siguiente ejemplo:

Hay cosas que uno ignora de la enfermedad entonces uno va al hospital, los médicos no te abren la puerta para que tu preguntes más allá, entrecomillas, ignorancia de uno respecto a la enfermedad entonces uno, ¿qué tiene que hacer? Ir sacando por lógica las cosas (Irma, Grupo Focal).

Las familias perciben mejorías en el transcurso de la enfermedad, como por ejemplo, la capacidad de retomar la comunicación oral y el habla. En este contexto la importancia que le dan a los fármacos y al modelo biomédico es central, llegando incluso a análogar la enfermedad mental con una enfermedad física como la diabetes. Queda de manifiesto la escasa e insuficiente información que se les ofrece de la enfermedad mental en los mismos centros médicos en los que buscan colaboración.

Sentimientos que emergen en el proceso de rehabilitación

Esta categoría contiene todas las intervenciones de los entrevistados que hacen referencia a los sentimientos experimentados desde el inicio de la enfermedad hasta la actualidad. Es así como, al momento de enterarse del diagnóstico, hay coincidencia en plantear que el impacto de la enfermedad origina primeramente un sentimiento de frustración y tristeza. A pesar de esto, en lo que concierne al proceso de rehabilitación, se puede observar que una parte de los participantes habla en la actualidad desde la aceptación y resiliencia que le han brindado los años. Esto se percibe en varios discursos significativas

e, incluso, para algunas de ellas la distancia permite un giro de un sentimiento negativo a un sentimiento positivo por la situación vivida:

Yo pasé de estar como enojado, así como por lo que le pasó, por lo injusto de la vida, por qué se tuvo que haber enfermado y pasarlo tan mal... después como que no me sentía mal, no es que estuviera alegre de que estuviera pasándola mal, pero mirando como positivamente poh', así como "ya si el Nicanor es joven" (...) La va a pasar mal, pero no tiene por qué, así como destinarse a la vida de sufrimiento" y como que ahí yo empecé a sentirme mejor poh', no frustrado con la situación, así como empatizando con él, no amargarme por lo que le está pasando, sino como hablarlo y seguir llevándolo a cabo, ayudarlo (Demian, grupo focal)

Por otro lado existe en los familiares un sentimiento ligado a la identificación de sí mismas como figuras fundamentales en el proceso de rehabilitación lo que los lleva a posicionarse como un aporte fundamental para el usuario.

Sí me sentía como un apoyo poh', aparte que él me lo decía igual poh', siempre me lo ha dicho, como "gracias por conversar conmigo" o... igual lo percibía poh', porque como que todos mis otros primos ya tienen sobre 30, y están todos trabajando, ocupados y después todos mis otros primos son más chicos poh', como menores de 15... entonces nosotros somos los cercanos poh' como por edad, por eso sentía más afinidad conmigo. Entonces podría decir que pasé de un periodo de enojo, de impotencia por lo que le estaba pasando, y con el tiempo como a cambiar esa sensación, como a aceptar lo que le estaba pasando, no verlo tan terrible como demonizar la enfermedad mental o su malestar e intentar ayudarlo poh', en lo que yo pudiera, si podía ayudarlo con conversaciones o él me contaba lo que sentía, yo lo escuchaba. Así fue mi proceso... (Demian, Grupo Focal)

Al mismo tiempo que las personas significativas se identifican como figuras fundamentales del proceso de rehabilitación, emerge en ellos una sensación de preocupación, en tanto se reconocen como el único apoyo que tiene el usuario, considerando que en algunos casos existe un abandono del resto de sus familias. Esta preocupación está dada principalmente en las personas de edad más avanzada, las cuales hacen observaciones respecto a su eventual muerte, debido a que no se podrán hacer cargo del usuario, y sienten incertidumbre frente a su futuro sin ellos/as .

Los parientes los dejan a la deriva de ellos nomás. Hay muchas personas enfermas mentales a las que se les tiene miedo, que se ven solas. A mí me da mucha pena cuando veo a amigos de mi hijo, y le digo “mira están solos”, los papás no los acompañan, y ojalá yo nunca me muera, pero yo también le digo a mi hijo que yo no soy inmortal (Renata, Grupo Focal)

La tristeza y la frustración son los sentimientos ligados al origen de la enfermedad. Pero también hay casos en que los sentimientos de resiliencia y aceptación emergen en el transcurso de la enfermedad para aportar desde la esperanza al proceso de rehabilitación.

Debido a la gratitud del usuario al ser acompañado y/o a condiciones humanas como tener una edad similar con la persona significativa, aflora un sentimiento de identificarse a sí mismos como figuras fundamentales. Al sentir de preocupación por la distancia de otros familiares se hace latente en personas significativas que están viviendo su vejez, debido a la incertidumbre que surge al pensar en quién acompañará al usuario.

3. Estrategias cotidianas en el proceso de rehabilitación

Esta categoría refiere a las acciones tomadas por las personas significativas en pos del proceso de rehabilitación del usuario y enmarcadas en su cotidianidad.

Un elemento preponderante y característico de las personas significativas es la capacidad de identificar fácilmente cambios conductuales ligados a la enfermedad:

Cuando está en baja no le gusta salir, no le gusta compartir... igual poh'... hay que acompañarlo... Pero cuando él está en alta no hay quién lo ataje, ahí gasta lo que no tiene..." (...) Piensan que a ellos les cuesta integrarse y conversar, eso me pasa cuando veo a mi hijo en bajón, pero cuando está en alta... no, él participa, él va a las discos, él... ahí me enfermo... son las seis de la mañana, a veces él no llega, va al café con piernas... hace todo lo que él no puede hacer cuando está con bajón. Pero aquí Casa Club se ha portado muy bien con él. (Renata, Grupo Focal)

Esta identificación de cambios conductuales es gracias en gran medida a la convivencia con el usuario, que les permite observar e ir familiarizándose con la enfermedad. Y de esta convivencia nacen estrategias cotidianas y situadas promotoras de bienestar y mejora que cobran sentido desde la relación particular con los usuarios.

Esto aporta directamente a su diario vivir, y a la dimensión de su reinserción social. Además, aportan a conservar un buen vínculo entre el usuario y la persona significativa, debido a que hacen más fácil la adaptación mutua y la convivencia del día a día.

En particular, se identificaron tres tipos de estrategias:

a. Educar en cuanto a convenciones sociales.

Esto refiere al fortalecimiento de las habilidades de la vida diaria (en adelante HVD)² del usuario, que refuercen su autocuidado y cuiden su apariencia en pos de la reinserción social.

Yo insisto en que se bañe, que se limpie que use la ropa bien porque son convenciones sociales. Es un tema para que él pueda reinsertarse, tanto por la apariencia como también por las capacidades y habilidades que tiene (Cristóbal, Entrevista n°1)

b. Delegar tareas domésticas: implica

² HVD: Habilidades de la Vida Diaria, ligadas a hábitos básicos de higiene y de presentación personal para el mundo social.

Invitar a los usuarios a realizar ciertos quehaceres de la vida familiar en pos de incluirlo como un apoyo activo.

Le digo “ya vamos a hacer esto”, le hago algo especial que me pide siempre, lo espero con huevito frito, que vuelve a tomar desayuno y ahí le digo “ya Camilito vamos a ir a comprar verduras, vamos a ir a hacer esto, vamos a ir a hacer lo otro, tenemos que hacer todo flash, porque de ahí tenemos que ir a buscar a la niña al colegio”. Ya así que él me ayuda, me coopera (Irma, Grupo Focal)

c. Conversar acerca de la enfermedad

Esto refiere a espacios de conversación en los cuales se contrastan sentires e ideas negativas respecto a la enfermedad, para generar una mayor conciencia de ésta.

Entonces yo como que contrastaba un poco esas ideas que él tenía o esas emociones, para que fuera consciente, para que las repensara y dijera así como “pucha en realidad siento que me pasa esto pero no debería pasarme” así como generar un poco de conciencia acerca de lo que está sintiendo... (Demian, Grupo Focal)

4. *Percepción acerca del Centro Diurno de Rehabilitación*

Esta categoría contiene todas las intervenciones que hacen referencia al Centro Diurno de Rehabilitación incluyendo las percepciones, opiniones y formas de acercamiento que han tenido hacia él. En primera instancia llama la atención que en todo su contenido, las personas significativas no lo perciban como un espacio de rehabilitación, y, en lugar de ello, se vincule con espacios de recreación, estimulación y motivación para los usuarios.

Existe un escaso conocimiento del Centro Diurno de Rehabilitación. Muchas expresan explícitamente que no saben qué es ni qué hace exactamente. Otras nos hablan vagamente de lo que creen que es, pero ninguna de las personas significativas entrevistadas expresa firmemente poseer conocimiento claro acerca del Centro Diurno:

Sé la parte de los talleres. ¿Entrevistas que he venido? Esta es la segunda vez que vengo, en la primera vez me preguntaron sobre mi relación con Camilo y esas cosas. Pero en el fondo, fondo, qué es lo que es el Centro Diurno, aparte de los talleres no sé (Irma, Grupo Focal)

La idea preponderante que manifiestan es la de un espacio de recreación, en donde se realizan talleres artísticos y de manualidades. A pesar de que no es nombrado como un espacio de rehabilitación propiamente tal, sí logra ser un lugar positivo en el cual se refuerza la motivación en el diario vivir y se estimula su sentido de eficacia:

Son talleres los cuales, él viene acá, está con psicólogo, está todo controlado, tienen actividades, manualidades, y viene de lunes a jueves en las mañanas, en el caso de mi hermano viene en las mañanas, de lunes a jueves. Y bueno, él me cuenta las cosas que hacen, me ha llevado cosas hechas por él. Entonces yo lo veo como algo... una distracción, ocupar el tiempo en algo, motivarlo, en hacer lo que sean manualidades, en hacer algo útil para ellos, no estar todo el día, entre comillas pegado al techo. Yo encuentro que es algo que lo motiva en todo aspecto, mentalmente, y en actividades de manualidades (Irma, Grupo Focal)

A pesar del conocimiento insuficiente de los entrevistados respecto a la rehabilitación del Centro Diurno, algunos de ellos expresan sentir gratitud hacia la Organización:

Yo conozco hace más de cinco años el Centro Diurno, yo estoy muy agradecida de ésta Organización. Aquí ha habido muy buenos psicólogos, cuando mi hijo se me descompensó, la psicóloga la acompañó a la casa mía, lo fue a ver, me ayudó a llevarlo al hospital, a buscarle un cupo. Son muy buenos, yo estoy muy agradecida (Renata, Grupo Focal)

En cuanto a la evaluación que hacen las personas significativas del Centro Diurno, las que llevan una mayor cantidad de años vinculadas expresan una mejor impresión de éste en el pasado que en la actualidad:

No sé, hace nueve años, diez años atrás, se hacían muchas cosas. Había más actividades. (...) Sí, pero se ha ido perdiendo, de hecho, la otra vez nos citaron, y vinimos dos administradoras. Y así se ha ido perdiendo, entre las explicaciones, que no... que no puedo. Pero se ha perdido mucho, mucho, mucho... el Centro Diurno antes era... Antes estaba la familia... (Macarena, Grupo Focal)

Entonces, dado que en la actualidad no hay un vínculo consistente entre el Centro de Rehabilitación y las familias y/o personas significativas, estas no conocen de forma acabada lo realizado en la Organización: "No, del Centro Diurno no tengo idea. Yo lo que sé es que él es usuario. Un buen usuario, él va permanentemente a la Organización; él me lo informa, y yo lo he corroborado" (Cristóbal, Entrevista nº1)

Considerando las visiones de las familias y/o personas significativas sobre el Centro Diurno de Rehabilitación se observa, en primer lugar, que hay un conocimiento insuficiente respecto a qué es y qué hace la Organización. En segundo término, que sirve como espacio de recreación, motivación y estimulación hacia los usuarios. En tercer lugar, que hay un sentir de gratitud hacia el Centro Diurno por lo realizado con los usuarios. Y, en cuarto lugar, que en cuanto a las personas significativas que tienen un vínculo por más años con la Organización, éstas manifiestan una mejor impresión del Centro en el pasado que en la actualidad y más fundamentalmente de parte de las personas que tienen un vínculo por más años con la Organización.

5. Necesidades y deseos en el proceso de rehabilitación del usuario.

Esta categoría contiene las necesidades y los deseos actuales de las familias con respecto al proceso de rehabilitación del usuario. Ellas explicitan la necesidad de información acerca de la enfermedad y manifiestan el deseo de que se realicen más espacios en donde puedan encontrarse con otros familiares de personas que porten algún diagnóstico psiquiátrico.

Lo anterior, puede ser observado en las siguientes citas:

[Hablando de las necesidades y deseos en el proceso de rehabilitación] Claro, una información un apoyo, de repente saber cómo tratarlo, como la señora dice cómo tratarlos porque hay días que amanecen bien, y hay días que andan de bajón ¿entiende? Yo no sé si dentro de su enfermedad pueden llegar a una depresión, lo desconozco, me gustaría conocer eso (Irma, Grupo Focal)

Al mismo tiempo, las personas significativas expresan el deseo de participar de más espacios de encuentro con otras familias de usuarios, en tanto éstos espacios les posibilitan un lugar de comprensión y contención con personas que han vivido experiencias similares.

Yo creo que además de la información que parece que es lo central, el hecho de conversar con gente que pasa por algo similar, o todos tenemos un familiar, un amigo, un persona importante que está pasando por un proceso, eehh difícil o que tenga que ver con su salud mental. Yo creo que esta misma instancia así como de conversar con otras personas que les pasa algo parecido es importante, relevante o se podría mantener en el tiempo, o puede ayudar porque uno puede hablarlo con sus familiares igual, en mi caso yo lo hablo con el Nicanor porque es mi primo, pero es distinto como yo puedo hablar del proceso del Nicanor con mi tía o con mi tío que es su papá del Nicanor, o con mis padres que son sus tíos poh', como que esa variable del rol familiar como que afecta, en lo que él cuenta. Entonces hablarlo con otras personas es bueno, ver cómo otras personas viven la experiencia (Demian, Grupo Focal).

En síntesis, en cuanto a las necesidades y deseos de las familias en el proceso de rehabilitación del usuario, podemos señalar, en primer lugar la necesidad de obtener información respecto de la enfermedad del usuario. Y, en segundo lugar, el deseo de participar de espacios de encuentro con otras familias de usuarios, familias que se encuentren en una posición similar a la suya.

Discusión

Un aspecto central de los resultados obtenidos se relaciona con la percepción y el sentido que las personas significativas le han otorgado tanto al padecimiento del usuario, como a su proceso de rehabilitación. Se manifiesta una visión que da relevancia al modelo biomédico de salud, en tanto las familias no manifiestan una clara importancia a los procesos psicológicos y socioambientales en el tratamiento de la problemática, pero sí a los fármacos y a lo clínico como el saber más importante. Y, esta misma visión, ha dificultado la posibilidad de visualizar y concebir el abordaje de la problemática de salud mental desde un enfoque distinto; como lo es, el enfoque comunitario.

Este panorama se contrapone a lo implementado por el PNSMP vigente desde hace 15 años en Chile. Este modelo promueve prácticas psicosociales y comunitarias, prioriza el trabajo en red y otorga a las familias un papel crucial de apoyo estratégico que aporte a la optimización de intervención (MINSAL, 2001). Y es importante considerar que en este estudio no sólo constatamos el desconocimiento del enfoque participativo de abordajes comunitarios como lo realizado en el Centro Diurno, sino que también apreciamos la falta de conocimiento respecto de tal abordaje.

Sin embargo, creemos que la imposibilidad de visualizar otro tipo de enfoque de salud mental, no está solo dado a nivel micro, sino que existe una barrera mayor con la cual luchar. Esto guarda relación con que en nuestra actualidad política en Chile, seguimos siendo gobernados por personas con un pensamiento de vida social “neoliberal”. Por lo cual,

hasta el momento ha sido muy lenta la regulación y modificación de prácticas biomédicas a prácticas comunitarias en la salud mental en Chile. Y como actores de la vida social-comunitaria de nuestro país, también es una responsabilidad ético-social organizarnos desde nuestras propias comunidades si queremos un cambio.

“Lo biomédico” y “lo clínico” –si bien se entienden como enfoques opuestos a lo comunitario– conviven con los intentos de transformación de las prácticas profesionales. Esta convivencia es posible y pensable bajo el supuesto de que se está en un tránsito: lo comunitario es la meta a conseguir, pero mientras no se alcance se mantienen operando aspectos biomédicos y clínicos en el quehacer cotidiano de los profesionales. Sin embargo, esto limita las posibilidades de salir al espacio de comunidad, lo que –tal como hemos indicado– se plantea, a su vez, como un imperativo ético (Carrasco y Yuing, 2014).

Bajo este análisis vemos que pese a que llevamos quince años con un modelo de salud mental comunitario, a partir de las percepciones de estas personas, el modelo biomédico sigue siendo preponderante en las prácticas en torno a la salud mental.

A pesar de lo anterior, creemos relevante destacar, la capacidad que las personas significativas han tenido para construir diversas estrategias durante el transcurso de la enfermedad, desde su experiencia y no desde la experticia, pudiendo utilizar sus propios recursos y habilidades, que hoy se muestran como saberes populares, efectivos en el transcurso del proceso. Esto ocurre pese a las fuertes necesidades identificadas no satisfechas, tales como la falta de información acerca del padecimiento de los usuarios, y la necesidad de espacios de encuentro y de contención con personas que han experimentado las mismas problemáticas. Esto refuerza la idea planteada por Cea-Madrid (2015) al referirse a la necesidad de generar espacios participativos donde no sólo se visualice un abordaje de las problemáticas desde el saber experto, sino que dentro de sí se contemple una colaboración

recíproca entre profesionales, usuarios, familiares y comunidad en posición de igualdad y en la medida en que todos son expertos en salud mental, tanto por formación o por vivencia.

Nuestros hallazgos coinciden con los reportados en otra investigación que indagaba específicamente en las necesidades de los familiares de pacientes con esquizofrenia en situaciones de crisis; mostrando coincidencia en necesidad de atención integral y necesidad de grupos de apoyo (Alcántara, Casanova, Domínguez, Rascón y Valencia, 2014). Pero también cobran fuerza al coincidir en la necesidad de información y de espacios de encuentro. Estos últimos si bien no fueron connotados como grupos de apoyo propiamente tal, se evidencia a nivel discursivo, al plantear lo beneficioso que sería contar con espacios de encuentros entre y para personas que están viviendo el mismo proceso. En este sentido, se corrobora que la experiencia grupal promueve el sentido de grupo y contribuye a percepciones más positivas de sí mismas; así también, las necesidades compartidas por los miembros del grupo facilitan la búsqueda de estrategias para resolver conflictos, mejorar el dominio de la realidad y obtener consejo (Vega y de Dios, 2006).

Conclusiones

A través de la investigación fue posible conocer cómo perciben los familiares su propia participación en el proceso de rehabilitación de los usuarios en conjunto con el Centro Diurno de Rehabilitación. Los resultados muestran que la participación que perciben las familias de los usuarios se reduce al ámbito cotidiano y personal, mientras que no perciben una participación en un proceso de rehabilitación propiamente tal llevada a cabo por el Centro Diurno.

El hecho de que no conciban un proceso de rehabilitación en el Centro Diurno del que pueden ser parte, está estrechamente relacionado con que no conocen las prácticas del centro a cabalidad y, por esto, no lo consideran una forma de rehabilitación y reinserción

social. Por esto, se puede observar que los familiares de usuarios no hablan de una participación que se les niega; no reclaman por participación o por un espacio en el que se les vincule, sino que de momento ignoran la posibilidad de que esto pueda ocurrir.

Creemos que el poco conocimiento que tienen del Centro Diurno y sus objetivos principales está dado por el posicionamiento que le otorgan al modelo biomédico. Las familias de usuarios reconocen a los hospitales psiquiátricos, sus profesionales, y los medicamentos como vía principal para el bienestar del usuario, sin expresar conocimiento de otras formas de rehabilitación posibles. Esto trae como consecuencia el poco interés por acercarse a conocer de qué se trata realmente el Centro Diurno al que el usuario asiste varias veces a la semana; de esta manera, en la actualidad las familias no expresan preguntas sobre la labor de la Organización, ni manifiestan un interés claro de hacerse partícipes de ella.

Sin embargo, el encuentro depende de las dos partes, y no creemos que la responsabilidad recaiga sólo en los familiares y la forma en que el modelo biomédico permea su percepción. Creemos que frente a esto el Centro Diurno, a pesar de las limitaciones macroestructurales, puede tomar acciones situadas que rompan con el protagonismo atribuido al modelo biomédico y posicionar a la Salud Mental Comunitaria en el lugar que le corresponde. Es necesario comenzar por acercar a los familiares de usuarios al Centro y brindarles conocimiento acerca del abordaje comunitario que puede tener la Salud Mental. Creemos también necesario que los mismos destinatarios de esta disciplina, es decir los usuarios, comprendan que están insertos en un proceso de rehabilitación y reinserción social desde un enfoque comunitario. Es importante que el Centro Diurno los haga partícipes dentro de sus propios procesos y que en la práctica se evidencie, se explique y/o se reflexione acerca de la rehabilitación y reinserción social.

De lo anterior se desprende la contribución del presente estudio, que está dada en tanto se logra conocer y reconocer una primera voz de las familias y/o personas

significativas de los usuarios de un centro de rehabilitación que está en vías de articular trabajo con la red familiar de los usuarios. Esta investigación resulta ser un puente entre una organización de rehabilitación con enfoque comunitario y las familias y/o personas significativas de sus usuarios beneficiados. Además de esto, el presente estudio, en su carácter exploratorio, aborda una temática de la que no existen suficientes investigaciones en Chile, por lo tanto, nuestra invitación es a seguir desarrollando estudios que profundicen desde una posición situada de la salud mental comunitaria, con el fin de contribuir desde las propias realidades comunitarias a transformaciones sociales en el país.

Respecto a las limitaciones del estudio es posible señalar la insuficiencia de situar nuestro estudio en un solo Centro Diurno de Rehabilitación, dado que limita la aproximación a un panorama nacional de la percepción que tienen los familiares de personas con problemas mentales acerca de su propia participación. Sería interesante que las investigaciones posteriores que aborden este tema sean a más largo plazo y así sea posible aplicar un mayor número de veces las técnicas utilizadas.

Referencias bibliográficas

- Ardila, S. (2009). El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica. Consideraciones desde una perspectiva psicosocial. *Revista Colombiana Psiquiátrica*, 38(1), 114 - 125.
- Arraes, A., de Figueiredo, A., Vieira, C., Siqueira, K., de Carvalho, A. y Dimenstein, M. (2012). Participación y redes de cuidado entre usuarios de servicios de salud mental en el nordeste brasileño: mapeando dispositivos de reinserción social. *Psicología desde el Caribe*, 29, 665-685.
- Bang, C. y Stolkiner, A. (2013) Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/salud mental desde la perspectiva de redes. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 24 (46), 123-14.

- Baptista, P., Fernández, C. y Hernández, C. (1997). *Metodología de la Investigación*. México: McGRAW – HILL.
- Bedoya, M., Builes, M., García, J., Gómez, E., Londoño, C. y López-Jaramillo, C. (2011). Carga familiar en familias antioqueñas del Grupo Psicoeducativo del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Antioquia que tienen un miembro diagnosticado con trastorno afectivo bipolar. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40, 119-129.
- Blais, L. (2002). Los movimientos sociales y la desinstitucionalización psiquiátrica. El movimiento de los psiquiatrizados y la política de salud mental comunitaria en Canadá; la experiencia de Ontario. *Cuadernos de Trabajo Social*.15, 63-81.
- Bodgan, R. y Taylor, S.J. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós: Buenos Aires.
- Cáceres, P. (2003). Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable: *Psicoperspectivas*, 1 (1), 53-81.
- Carrasco, J. y Yuing, T. (2014). Lo biomédico, lo clínico y lo comunitario: Interfaces en las producciones de subjetividad. *Psicoperspectivas*, 13(2), 98-108.
- Cea-Madrid, J. C. (2015). Metodologías participativas en salud mental: Alternativas y perspectivas de emancipación social más allá del modelo clínico y comunitario. *Teoría y Crítica de la Psicología*, (5), 79-97.
- Cea-Madrid, J. C. (17 de marzo de 2016). Plan Nacional de Salud Mental: críticas y alternativas desde la comunidad. *El Desconcierto*. Recuperado de <http://www.eldesconcierto.cl>
- Cea, M. Á. (2001). *Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social*. Madrid, España: Editorial Síntesis.
- Colectivo Locos por Nuestros Derechos. (2015). Por una salud mental centrada en la persona y sus derechos. *El Ciudadano*. Recuperado de

<http://www.elciudadano.cl/2015/09/28/215939/por-una-salud-mental-centrada-en-la-persona-y-sus-derechos/>

- Encina, E. (2014). Participación colectiva como salud mental: Cuestionamientos y alternativas a las políticas públicas en salud mental en Chile. *Revista Mad. Revista del Magíster en Análisis Sistémico Aplicado a la Sociedad*, (30) 131-147.
- Ministerio de Salud. (2001). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Santiago de Chile: Minsal.
- Ministerio de Salud. (2010). *Situación Salud Mental en Chile*. Recuperado de <http://psicologia.udd.cl/files/2010/06/Situacion-Salud-Mental-en-Chile-x-Minsal.pdf>
- Montero, M; (2001). Ética y Política en Psicología: Las dimensiones no reconocidas. *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*, (000) 1-10.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) (2013). Consenso de Brasilia. *Cuad. Psiquiatr. Comunitaria*, 11(2), 83 - 88.
- Rascón, M. L., Valencia, M., Domínguez, T., Alcántara, H., & Casanova, L. (2014). Necesidades de los familiares de pacientes con esquizofrenia en situaciones de crisis. *Salud mental*, 37(3), 239-246.
- Ribé, J., Valero, M. y Pérez-Testor, C. (2011). Grupo de familiares de pacientes con trastorno mental severo: Aspectos dinámicos, técnicos y reflexivos a partir de una experiencia terapéutica grupal. *Avances en Salud Mental Relacional*, 10(2).
- Rodríguez, G. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Silveira, D., Colomé, C., Heck, T., Nunes da Silva, M., y Viero, V. (2015). Grupo focal y análisis de contenido en investigación cualitativa. *Index de Enfermería*, 24(1-2), 71-75.
- Vasconcelos, E. M. (2009). Perfil das organizações de familiares e usuários no Brasil, seus desafios e propostas. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1, (1).

Vasconcelos, E. M. (2011). Derechos y empoderamiento de usuarios y familiares en el terreno de la salud mental. *Átopos - salud mental, comunidad y cultura*, 11, 23-44.

Vega, M. T. & de Dios, M.Y.. (2006). Beneficios psicosociales de los grupos de apoyo: su influencia en los estilos de socialización familiar. *Psychosocial Intervention*, 15(2), 233-244.