

## UNA EXPERIENCIA DE PSIQUIATRIA SOCIAL

Cuad. Méd. Soc. XXXIX, 3-4, 1998/ 33-47

*Carlos Madariaga A.\**  
*Alejandro Guajardo\*\**

### ABSTRACT

The experience of five year's work of a psychiatric service within a provincial general hospital is here described a service seeking to change from a traditional clinical entity into a clinical and social psychiatric institution. The social economic and epidemiological characteristics of the province of Iquique are analysed; a critical view opinion is presented of the dominant model in the sphere of psychiatric rehabilitation, and an outline is made of the theoretical and methodological basis of our work. Finally, we present a strategic design underlying our service's programs and activities both clinical and with the community, and these are briefly described.

Key words: Social psychiatry, psychiatric rehabilitation, community interventions, mental handicap.

### RESUMEN

Se describe la experiencia de cinco años de trabajo de un Servicio de Psiquiatría inserto en un hospital general de provincia, orientada a su transformación de una entidad clínica tradicional en una institución de psiquiatría clínica y social. Se analizan las condicionantes socioeconómicas y epidemiológicas que caracterizan la provincia de Iquique, se presenta una visión crítica de los modelos dominantes en el ámbito de la rehabilitación psiquiátrica y se exponen los fundamentos teóricos y metodológicos de nuestro trabajo. Finalmente, se presenta un diseño estratégico en el que se basan los programas y las actividades tanto clínicas como comunitarias del Servicio y se hace una breve descripción de ellas.

Palabras claves: Psiquiatría social, rehabilitación psiquiátrica, intervenciones comunitarias, discapacidad psíquica.

### 1. CONSIDERACIONES GENERALES

La reciente ofensiva cultural planetaria alrededor del cincuentenario de la Declaración Universal de los Derechos Humanos ha tenido un indu-

dable efecto potenciador de la idea de mirar la discapacidad de causa psíquica desde la perspectiva de la persona humana. Se trata de una visión humanista que apunta a desalienar la imagen del sujeto enfermo y de reconocerle sus derechos. La

---

\* Médico Psiquiatra. Terapeuta Familiar. Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Dr. Torres, Iquique

\*\* Terapeuta Ocupacional y Familiar. Encargado Subprograma Comunitario. Servicio de Psiquiatría

sociedad moderna está hoy interpelada a la plena ratificación de los derechos económicos, sociales y culturales (derechos de segunda generación) que asisten en propiedad a estas personas, es decir, a la satisfacción de sus necesidades biopsicosociales. Igualmente, les corresponde disfrutar de condiciones medioambientales y ecológicas (derechos de tercera generación) que garanticen una vida cotidiana y un entorno vital protector y estimulante del desarrollo de sus capacidades. Una proyección utópica de este desafío para el mundo moderno implica, entre otros, el derecho al acceso a los psicofármacos de última generación, a las instituciones de salud y a instancias intermedias de rehabilitación; el derecho a la validación ética del discapacitado en su entorno social; el derecho a la satisfacción digna de sus necesidades básicas de subsistencia; el derecho al trabajo, en un contexto legal y laboral protector.

El dilema fundamental de la rehabilitación psiquiátrica está en el hecho de que —principalmente en el tercer mundo e inequívocamente en América Latina— estos postulados siguen suspendidos en el mundo de las utopías. Los “enfermos mentales” en nuestros países constituyen aún un segmento social marginado, puesto estructuralmente en un escenario de vida que no ofrece cambios cualitativos respecto de las expectativas de integración social.

Por otra parte, desde la psiquiatría se manifiestan epistemologías, ideologías, metodologías de trabajo y estrategias de intervención que, intentando dar respuestas en su práctica médica a las necesidades de estas personas, tienden a ciertos reduccionismos que a veces contribuyen a que este dilema de la rehabilitación no se resuelva. La forma en que más habitualmente se expresa este fenómeno es mediante la construcción de modelos médicos tradicionales que abordan al sujeto desde la perspectiva de lo individual, a partir de las características biológicas de la enfermedad mental, situando los aspectos sociohistóricos en un plano lateral, restringidos, en calidad de “factores”, a una subcategoría causal. A estos enfoques pertenecen ciertos modelos más bien hegemónicos que centran su atención restrictivamente en la recuperación de las capacidades dañadas por la enfermedad mental, hecho que ubica al profesional médico en un rol tutelar indiscutido en la distribución del saber y del poder, a los psicofármacos en una posición prioritaria en las estrategias de intervención y a la institución psiquiátrica en la conducción de todo el proceso en desmedro de otros actores ajenos a los equipos de

salud (1, 2, 3, 4). Los aspectos comunitarios, el rol de la familia, los espacios de redes, las organizaciones sociales, etc., se incorporan a este modelo pasivamente y no como co-constructores de nuevas realidades sociales y cosmovisiones. Tal experiencia ha dado como resultado una incapacidad de la psiquiatría para dejar de ser la clásica *institución total*, homogeneizante y enajenadora de conciencias, y arriesga a subsumir la naciente estructura de redes sociales en el mapa de la institución total. Existe el peligro real de que el modelo médico infiltre la inspiración y las metodologías de trabajo de las instancias de red y, por lo tanto, una eventual psiquiatrización o institucionalización de las mismas puede abortar los esfuerzos de reintegración social de los afectados (5, 35, 36, 37, 38).

El extraordinario avance observado en los planos de la psiquiatría biológica y de la psicoterapia nos ha permitido en los últimos años efectivamente lograr excelentes resultados en la recuperación sintomática de muchos de nuestros consultantes y con ello reducir a veces de manera sustantiva el nivel de discapacidad del sujeto (6, 7, 8, 9). Sin embargo, este mejoramiento de la condición de enfermedad no tiene un correlato en un eventual descenso de la minusvalía, existiendo entre ambas una brecha creciente. Es decir, actuando sólo desde las disciplinas responsables del mejoramiento clínico del individuo no se logra incidir de manera determinante en la integración social del discapacitado. Lo biopsicológico no es condición suficiente para la rehabilitación.

Una lectura desde la psiquiatría social introduce una visión más abarcativa al fenómeno e incorpora a esta condición necesaria para la rehabilitación (la estabilidad clínica), una condición suficiente, de carácter sociohistórica, que crea las bases materiales, políticas, sociales, culturales, ecológicas y éticas para la integración real del discapacitado psíquico al mundo social. De esta forma, la psiquiatría social, rama de la psiquiatría y también de la medicina social, involucra tanto las disciplinas biomédicas como las ciencias sociales en el análisis del objeto de estudio y en la elaboración de estrategias interdisciplinarias de acción (11). De acuerdo con ella, se concluye que la rehabilitación integral del discapacitado en la sociedad depende no sólo de sus condiciones médicas individuales sino del devenir del proceso salud-enfermedad y de las características sociohistóricas del modelo de sociedad en que ocurre este proceso. La superación de la brecha entre mejoramiento de las condiciones clínicas indivi-

duales y minusvalía sólo será posible si además se producen cambios facilitadores en el macrosistema social. Dicho en términos concretos, se trata, en última instancia, de la vigencia plena de los derechos humanos de segunda y tercera generación en beneficio de estas personas.

La psiquiatría social nos obliga, entonces, a examinar el tipo de sociedad en la cual se producen la minusvalía y la discapacidad, y en la que se promueven determinadas estrategias en salud mental. Chile luce ante la comunidad internacional el flamante título de *jaguar*, escenario avanzado en el experimento económico neoliberal. Como tal, dispone de una serie de indicadores del éxito del modelo en cuanto a la acumulación de riqueza social, destacando en los primeros lugares del concierto sudamericano, al punto de que un sector de su burguesía nacional se ha incorporado al mundo financiero transnacional y ha sido capaz de instalar proyectos productivos en países tradicionalmente más poderosos que el nuestro. Sin embargo, tiene además el triste honor de ser uno de los tres países del mundo con peor distribución de su riqueza social. Es un modelo de desarrollo sin equidad, en el cual el quintil más rico se apropia de más del 50% de esta riqueza, produciendo una polarización socioeconómica extrema. La transición a la democracia no ha logrado modificar esta situación; las políticas sociales dirigidas a paliar la pobreza chocan recurrentemente con los defensores del neoliberalismo, golpeando preferentemente las áreas del Estado que según la óptica de los economistas del sistema no generan recursos inmediatos como la salud, la vivienda y la educación. No es extraño que durante los últimos años las explosiones de descontento social más importantes se hayan producido a partir de prolongadas huelgas de los trabajadores de la salud y la educación. Ello es el resultado de restricciones crecientes al presupuesto destinado a las áreas sociales, con la consecuencia de que todos los programas que cursan en beneficio de los sectores más pobres se han visto limitados en sus recursos (12, 13).

Los programas de rehabilitación del Estado también han quedado gravemente afectados por esta realidad en la misma medida que por razones estructurales se empobrecen de manera creciente nuestros consultantes. El modelo neoliberal se caracteriza por su imposibilidad de resolver el tema de la pobreza social, por la promoción de una cultura hegemónica impregnada por el consumismo, el exitismo, el individualismo, la competencia desleal, la falta de solidaridad, la tendencia

al funcionamiento anómico, la desideologización, el apoliticismo y una serie de otros ismos que configuran una propuesta contravalórica que ha hecho nacer un sujeto social e individual acrítico, pasivo y contemplativo. Al modelo le es consustancial una psicología social que promueve la homogeneización del sujeto, la uniformación mental de los individuos (14, 15, 16, 39).

En suma, tanto desde la desigual distribución de la riqueza social como desde los fenómenos superestructurales del modelo, percibimos una obstrucción objetiva al desafío de reinserción social del discapacitado. Nos parece que este hecho se configura como el primer y más trascendental problema bioético que enfrenta la rehabilitación en psiquiatría: la situación social como determinante del fracaso de la transformación del enfermo mental en persona humana.

Finalmente, alrededor de la discapacidad de causa psíquica se establece un segundo problema bioético, que está ligado a la esencia del trastorno mental. La enfermedad afecta de manera directa los procesos psíquicos con consecuencia de daño directo sobre la conciencia del individuo. La recuperación clínica y psicosocial repara de manera imperfecta este daño, dejando un margen de discapacidad precisamente en el instrumento de relación del sujeto con el mundo y con la sociedad: su psiquismo. Hablamos de discapacidad psíquica justamente porque reconocemos la persistencia de un handicap en la manera como este sujeto reconoce la realidad y se reconoce a sí mismo, es decir, en la capacidad que le resta para tomar conciencia de su existencia y la del mundo que lo rodea. Esta es una condición que hace de este tipo de discapacidad un fenómeno radicalmente distinto a formas de discapacidad física y requiere de parte de la sociedad el desarrollo de una conciencia complementaria para efectivamente integrar al sujeto. Esta conciencia complementaria la llamamos soporte sociofamiliar, condiciones de vida digna, leyes laborales protectoras, etc.

## 2. EL MODELO HEGEMONICO DE REHABILITACION PSIQUIATRICA EN CHILE

Estimamos que estos dilemas bioéticos están en la base del fracaso en la reinserción real del discapacitado en la sociedad chilena. La mayoría de los modelos de intervención en el ámbito de la rehabilitación psiquiátrica tiende a colocar al equipo de salud en una posición de responsable exclu-

sivo del éxito o fracaso en la integración del discapacitado. Coherente con esta hipertrofia de la misión de los equipos, se elaboran estrategias de intervención con una pretensión abarcativa de objetivos, metas y tareas, pero en los marcos de una práctica que excluye a otros sectores de la sociedad civil y del Estado en la construcción de un saber y de un actuar interdisciplinario.

Los diversos modelos clásicamente desarrollan su quehacer en los ámbitos de la rehabilitación sintomática (*funcional*), de las destrezas sociales (mal llamada *social*) y de las capacidades productivas (*profesional*). Independientemente de que se ocupen instancias colectivas como herramientas terapéuticas para el cumplimiento de estos objetivos, se conserva en la esencia una perspectiva de rehabilitación individual, centrada en el sujeto aislado, quien tiene el desafío de incorporarse a la sociedad una vez obtenidos ciertos logros en estas tres áreas. El componente contextual —el eslabón macrosistémico— a lo sumo es considerado por el modelo como ámbito sujeto a estrategias de sensibilización y permeación para la adopción ocupacional de estos sujetos. La sociedad, aplicando los niveles de exigencia operacional que rigen para todos los individuos, actúa como un ente sancionador que excluye o integra. Esta perspectiva, a nuestro juicio, restringe el concepto de rehabilitación a lo estrictamente médico o, a lo menos, al ámbito de la salud y deja fuera de él al componente social (17).

La gran mayoría de las estrategias de redes comunitarias conocidas están impregnadas de esta visión; en muchos casos descansa sobre ellas también una cierta expectativa mesiánica que termina sobrecargando a la comunidad con una tendencia a la autosuficiencia y a la apropiación de todos los desafíos de la rehabilitación. Se idealizan así las potencialidades de la comunidad poblacional chilena en desmedro de sus agobiantes realidades, que incluyen múltiples necesidades derivadas de la condición de pobreza en que se encuentran. Esta reflexión ya fue planteada en nuestro país por el presidente de la Sociedad Mundial de Salud Mental.

A pesar de ello, hay un indudable avance en las últimas décadas en cuanto a las metodologías de trabajo y técnicas específicas de rehabilitación que ocupan los equipos de salud. Contribuyen a lo mismo las nuevas posibilidades terapéuticas que vienen desde la psiquiatría biológica y la psicoterapia. Igualmente, es un indudable avance la progresiva incorporación de conceptos de redes sociales y de trabajo comunitario y familiar. Con

esto se logra en muchos sujetos una notable recuperación de la discapacidad, que se expresa en la mejoría sintomática, en la reducción de las recaídas, en la apropiación de nuevas habilidades sociales, en el aprendizaje o reeducación de destrezas laborales, en la superación de ciertas disfunciones familiares, etc. (18, 19).

Este éxito parcial que se registra en las condiciones biopsicosociales del individuo enfermo no alcanza a asegurar la rehabilitación plena. Llevado al mundo de lo social, el sujeto “mejorado” es afectado por las mismas condiciones históricas de existencia que afectan a toda la población. En esta fase del proceso de rehabilitación nos encontramos con un panorama de injusticias sociales y de inequidades que cursan generando conflictos sociales. A las condiciones socioeconómicas desventajosas propias del modelo neoliberal, al aplastante dominio de contravalores culturales que le son consustanciales, a las insuficiencias en el ámbito del soporte social, jurídico y ético para los discapacitados, se suman por el lado del sector salud la crisis global por la que atraviesa el sistema de salud pública chileno, la ausencia de políticas de Estado que definan una propuesta estratégica en salud como objetivo país y el fracaso de la intersectorialidad, especialmente respecto a áreas como educación, vivienda y justicia. Estas son, a nuestro juicio, las condicionantes estructurales y particulares que desde el ámbito de lo social configuran el problema bioético central causante de la minusvalía.

El resultado final de los modelos rehabilitadores vigentes nos muestra una minoría de sujetos que logra salvar los obstáculos individuales y sociales alcanzando una integración exitosa y estable en el tiempo. La mayoría de estas personas pertenece a estratos sociales que subsidian los déficits estructurales o bien corresponde a experiencias excepcionales de rehabilitación que son apoyadas con fondos provenientes de la ayuda solidaria internacional y de la empresa privada nacional. En cambio, la gran mayoría de los consultantes del sector público de salud, después de lograr importantes avances frente a su discapacidad, no tiene mayores opciones para su integración social. Se configura en este caso una dramática situación de doble marginación en la que se asocian pobreza y minusvalía. La experiencia nos ha mostrado dolorosamente cómo los logros obtenidos en el ámbito de la discapacidad por los equipos de salud del sector público —muchas veces producto de una gran mística de trabajo y con recursos franciscanos— rápidamente se desmoronan cuando se

materializa la minusvalía con las siguientes consecuencias: institucionalización del sujeto enfermo por la vía de la reagravación, desmoralización de los equipos con el consiguiente daño vicario, desesperanza aprendida en las familias, deterioro y desgaste de las redes de apoyo (ver Figura 1).

### 3. CARACTERIZACION SOCIAL Y EPIDEMIOLOGICA DE LA PROVINCIA DE IQUIQUE

La provincia de Iquique tiene 165.460 habitantes, lo que corresponde al 48,7% de la población de la Primera Región, con una densidad de 4 hbs. por km<sup>2</sup>. Su población rural no alcanza al 5%. La tasa media de crecimiento de la población ha subido de un 2,5% en los años 60-70 a un 3,2% en los años 82-92, frente a un 2,1% regional y a un 1,6% del país. La tasa de desocupación el año 1996 fue de un 2,43%, cifra que ha venido decreciendo sostenidamente desde el año 1985 cuando esta tasa era de 11,2%. Recién la crisis asiática ha generado un cierto repunte del desempleo.

A partir de mediados de la década de los setenta, como resultado de los cambios políticos iniciados con el golpe de Estado, la provincia de Iquique hace un brusco cambio en su base económica de desarrollo. En esta ciudad se instauró una experiencia piloto de implantación del modelo neoliberal. Hasta el año 1973 la base productiva de la provincia descansaba en la industria de chimenea; la industria pesquera por sí sola aportaba casi el 40% del PGB de la zona. La reestructuración económica promovida por el capital transnacional produjo un viraje de la producción social al sector servicios, especialmente al área financiera y comercial. Pieza clave de esta transformación fue la Zona Franca Industrial (ZOFRI), cuyo origen data de 1975. Este organismo operó como instrumento impulsor de un vasto proyecto de comercio nacional e internacional con base operacional en el puerto.

En pocos años emergió un floreciente comercio al amparo de una normativa legal que implicaba aranceles bajos en relación a la regulación de impuestos existente en los países vecinos. Iquique se transformó en el principal centro comercial exportador del cono sur, llegando a invadir fuertemente los mercados comerciales de países limítrofes. En la actualidad, a modo de ejemplo, el 40% del parque automotriz boliviano ha sido ingresado por ZOFRI. Este auge ha traído aparejado

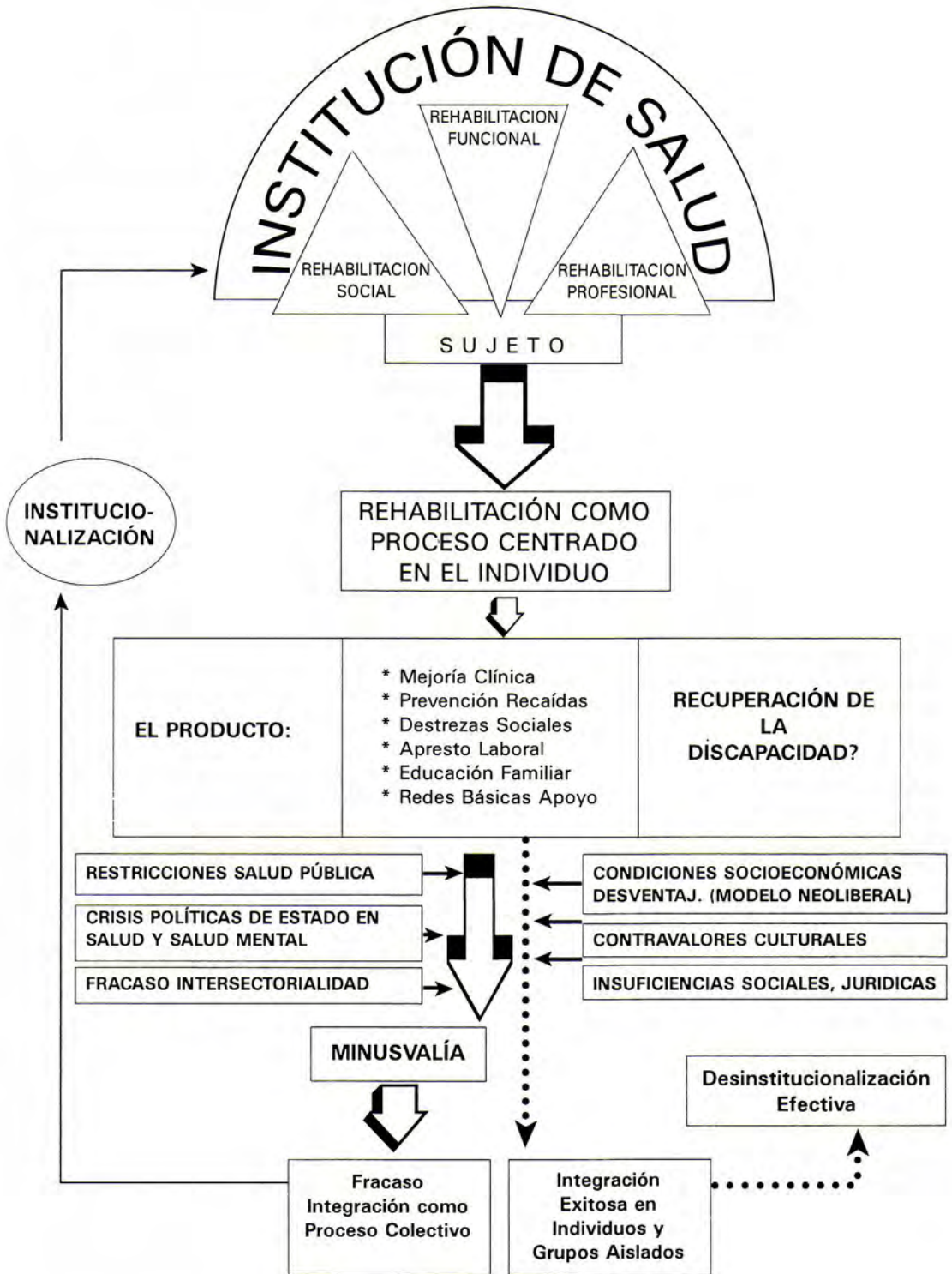
un cambio completo en la composición socioeconómica y en el perfil de clase de la zona. Desde hace varios años la ciudad ha sido objeto de un sostenido flujo migracional interno, especialmente de mano de obra desde las IV y V regiones del país; así mismo, ha debido absorber corrientes inmigratorias desde Perú, Bolivia y Paraguay. La profusa llegada de pobres y desocupados desde diferentes territorios en busca de una nueva California ha generado fenómenos psicosociales que han modificado fuertemente la identidad cultural de la zona.

El sector financiero pasó a ocupar una gran cantidad de mano de obra dado que las instituciones bancarias aumentaron notablemente en la ciudad; en algunos casos empresas bancarias importantes como el Banco del Estado operan con más de una agencia. Igual crecimiento tuvieron las casas financieras, hecho que se explica por la trascendencia que adquirió el movimiento de capitales desde y hacia el sector comercial.

Por otro lado, la minería, que también ha tenido un auge importante con el desarrollo de la explotación del cobre, paradójicamente produce un impacto muy bajo en el proceso económico de la región. Ocupa una mínima cantidad de mano de obra en los procesos productivos como consecuencia de la sofisticada tecnología extractiva y del carácter tan primario de la producción, ya que se produce sólo cobre concentrado, prácticamente sin valor agregado, condición ideal para un modelo neoliberal a ultranza como el chileno, rapaz depredador de materias primas. Se agrega con este hecho una segunda vía de aumento de la tasa de ganancia de las transnacionales, cual es la elaboración y comercialización en el extranjero de los subproductos del concentrado (oro, plata, zinc, molibdeno, etc.). Completa el panorama el hecho de que el Estatuto de Inversión Extranjera, D.L. 600, que fija las bases tributarias para las transnacionales de la minería, determina impuestos mínimos haciendo que la gran minería del cobre obtenga en Chile mayores ganancias que en cualquier parte del mundo.

Las fuerzas productivas se concentran en el sector servicios (comercio, entidades financieras, administración pública). El 30% de la fuerza laboral conforma el llamado sector informal de la economía. Aquí se incluyen trabajadores por cuenta propia, sin previsión; son los acomodadores de autos, los trabajadores ilegales, los taxistas, los vendedores ambulantes, etc., quienes, pese a ser considerados por el INE personas empleadas, no alcanzan a tener capacidad para cotizar en previsión y salud.

FIGURA 1



La última encuesta CASEN del año 1994 arroja para la provincia de Iquique un total de 4.859 pobres indigentes (3,0%) y 23.567 pobres no indigentes (14,6%). El total de pobres en la provincia alcanza al 17,6%, cifra muy por debajo del 28,5% nacional (20). Sin embargo, un análisis más exhaustivo de la pobreza arroja cifras muy preocupantes. Por ejemplo, de acuerdo al puntaje CAS del año 1994, los dos tramos que reflejan condición de pobreza agrupan a un total de 15.650 familias, cifra que involucra a un total de 62.601 personas (41,28%). La misma encuesta CAS de ese año determina que en Iquique viven 24.909 familias (65,69%) con un ingreso de 150.000 pesos y menos (21).

La discapacidad psiquiátrica no fue cuantificada en el estudio de la Comisión Regional CAS en 1994. Contabilizadas diversas formas de discapacidad física se llegó a una cifra de 3.188 discapacitados (2,1%). De estas personas sólo el 2,2% recibía alguna forma de remuneración y el 51,1% ningún tipo de ingresos. Estos indicadores reafirman el hecho de que la discapacidad psiquiátrica constituye la máxima expresión de la marginalidad por daño a la salud.

Un reciente estudio realizado por los autores en conjunto con el equipo del Dr. B. Vicente de la Universidad de Concepción, orientado a la prevalencia comunitaria de trastornos mentales, arroja datos alarmantes tanto respecto de la prevalencia de vida como de seis meses para la población mayor de 15 años (ver Tabla 1). La prevalencia global de trastornos mentales en nuestra provincia supera significativamente las cifras encontradas en Santiago y Concepción. Si se agregan al 42,5% de prevalencia de vida otros tres trastornos investigados (trastorno obsesivo compulsivo, trastorno del hábito alimentario, fobias), esta cifra sube a un 48,7%. Los dos problemas de salud pública más graves que denuncian estas cifras son la depresión en la mujer y el beber problema en el hombre. Las crecientes tasas de suicidio registradas en los últimos años agregan una nota de alarma adicional e interpelan a las instancias de salud a dar respuestas urgentes a estos problemas. No cabe duda que la alta prevalencia de trastornos mentales en esta provincia obedece no sólo a causas de carácter global sino a fenómenos específicos que ocurren en la zona (22). La abrupta polarización riqueza-pobreza; las migraciones internas y externas con su cuota de frustraciones; contravalores altamente potenciados como el consumismo y la competencia individualista; el alto nivel de explotación que padecen los trabajadores de cuello y corbata; la

inmensa cantidad de ciudadanos que viven una cesantía disfrazada; la incorporación de grupos familiares completos al tráfico de drogas ilícitas con fines de subsistencia, etc., son algunos de los fenómenos locales que pueden explicar el comportamiento mórbido de la población iquiqueña.

#### 4. UNA PROPUESTA DE REHABILITACION DESDE LA PSIQUIATRIA SOCIAL

Participamos de la idea de que una intervención psicosocial en el ámbito de la rehabilitación psiquiátrica debe propender a una articulación dialéctica entre los aspectos biopsicosociales del sujeto y las realidades sociohistóricas. De esta forma, posicionamos al equipo de salud en una relación de intensa interacción con una serie de otros ámbitos sociales y estatales (políticas de Estado en materias de educación, vivienda, justicia; derechos, económicos, sociales y culturales; derechos civiles y políticos; ecología y medio ambiente, etc.), con vistas a la promoción de estrategias intersectoriales que intervengan directamente en el proceso salud-enfermedad mental. Planteado el tema de la discapacidad psíquica como un problema que afecta a grandes grupos humanos y a la sociedad en su conjunto, podemos soslayar la práctica rehabilitadora centrada en individuos aislados y proyectarla hacia la relación sujeto (individual y social)-sociedad.

Desde esta perspectiva, será condición de la rehabilitación ya no sólo el éxito logrado por los equipos de salud en el ámbito de la discapacidad psíquica de los sujetos, sino también los inevitables cambios que a nivel macrosistémico deben producirse para cerrar la llave que conecta discapacidad con minusvalía. Estos cambios hacen mención a aspectos estructurales como el mejoramiento de las condiciones socioeconómicas de los sectores más pobres, es decir, el reparto solidario de la riqueza social; interpelan también a cambios culturales que permitan la irrupción de valores positivos y a la promoción y defensa de los derechos humanos de las personas discapacitadas. Por el lado del sector salud, los cambios debieran garantizar el surgimiento de nuevas políticas de Estado en el ámbito de la salud mental, que contemplen la participación democrática de todos los actores sociales en su elaboración y puesta en marcha; garantizar también el desarrollo pleno de nuestra salud pública y la superación de la crisis financiera que tiene al sector sumido en una virtual bancarrota; finalmente, propender hacia una intersectorialidad real y no formal.

## CUADRO 1

Prevalencia de vida trastornos psiquiátricos  
CIDI-DIS / DSM III - R en tres provincias de Chile

Trastorno	Concepción (%)	Santiago (%)	Iquique (%)
<b>Algún Trastorno CIDI-DIS</b>	<b>36,50</b>	<b>33,74</b>	<b>42,18</b>
<b>Trastornos Afectivos</b>	<b>16,38</b>	<b>16,29</b>	<b>20,59</b>
Depresión Mayor	7,63	11,30	16,34
Trastorno Bipolar	2,13	1,76	0,65
Distimia	7,50	6,75	8,82
<b>T. Ansiosos-Somatormorfos</b>	<b>16,63</b>	<b>12,55</b>	<b>14,38</b>
Desorden de Pánico sin Agorafobia	1,13	0,59	1,31
Ansiedad Generalizada	1,50	1,54	1,31
Desorden de Pánico con Agorafobia	0,50	0,88	1,63
Agorafobia	13,13	7,99	8,82
Somatización	0,25	0,95	0,98
Dolor Somatomorfo	1,75	1,69	2,29
<b>Abuso/Depend. Alcohol y Drogas</b>	<b>11,63</b>	<b>11,00</b>	<b>20,59</b>
Dependencia alcohol	5,88	4,70	7,19
Abuso alcohol	3,75	2,20	7,52
Dependencia cannabis	0,63	1,03	0,98
Abuso cannabis	0,25	0,95	0,98
Abuso/Dependencia sedantes	0,75	1,76	0,65
Abuso/Dependencia anfetaminas	0,13	0,22	0,33
Abuso/Dependencia cocaína		0,29	1,31
Dependencia inhalantes		0,15	0,33
Dependencia nicotina	2,50	2,27	5,88
Abuso otras sust. psicoactivas		0,07	-
<b>Trastornos Esquizofrénicos</b>	<b>2,88</b>	<b>2,20</b>	<b>0,33</b>
Esquizofrenia	1,25	1,02	0,33
Trastorno esquizomorfo	1,63	1,17	-
<b>Síndr. Orgánico Cerebral (severo)</b>	<b>4,75</b>		<b>2,94</b>
<b>T. por Estrés Postraumático</b>	<b>4,00</b>	<b>4,03</b>	<b>3,59</b>
<b>Trastor. de Personalidad Antisocial</b>	<b>1,88</b>	<b>0,95</b>	<b>1,96</b>



Esta imbricación entre las acciones de salud dirigidas a los grupos humanos discapacitados y las transformaciones sociales puede producir cambios favorables en el proceso salud-enfermedad mental: disminución de las tasas de incidencia y prevalencia de las enfermedades mentales; involucramiento de las familias en el proceso; creación de redes comunitarias organizadas con conciencia crítica (en el sentido de ser capaces de problematizar sus realidades concretas); avances en los procesos de inserción sociofamiliar; fortalecimiento de los equipos e instituciones de salud, etc.

El producto final en este caso será no ya el individuo rehabilitado sino la puesta en marcha de complejos procesos individuales y sociales alrededor de la rehabilitación en salud mental, cuyo punto de referencia y objeto de estudio y acción es esta díada *sujeto individual-sujeto social*. Se entenderá exitoso el proceso si hay, finalmente, integración de este sujeto a la sociedad moderna, en todos los ámbitos (laboral, familiar, económico, político, cultural, jurídico, social, ecológico). Estimamos que sólo bajo estas premisas no hay vuelta atrás, hacia el morbosos círculo de la minusvalía y la institucionalización. La integración, vista de esta forma, deja de ser el proceso de cambios del sujeto para transformarse en una secuencia de transformaciones simultáneas del individuo y de la sociedad. Así, junto con el discapacitado se rehabilita también, en cierto modo, el sistema social (ver Figura 2).

#### 4.1. Perfil de la población con discapacidad psiquiátrica beneficiaria de los servicios públicos en la provincia de Iquique

- Proviene de estratos sociales pobres y de extrema pobreza.
- Padece de trastornos psiquiátricos graves y/o recurrentes.
- Presenta un alto índice de discapacidad, casi en su totalidad asociado a minusvalía.
- Las familias del discapacitado son socialmente deprivadas, en su mayoría disfuncionales y periféricas a la condición de enfermedad de su ser querido.
- Precariedad de redes sociales de apoyo, tanto primarias como secundarias.
- Presencia de daño psicosocial comunitario (alcoholismo y drogadicción, violencia en sus diversas formas de expresión, anomia, pobreza, deprivación cultural, etc.)
- Marginación y estigmatización social.

- Acceso limitado a las instituciones de salud; resolución lenta y escasa de las necesidades médico-psicológicas y de rehabilitación.
- Carencia de soportes sociales y legales que cautelen sus derechos humanos (económicos, sociales y culturales; ecológicos y medioambientales).

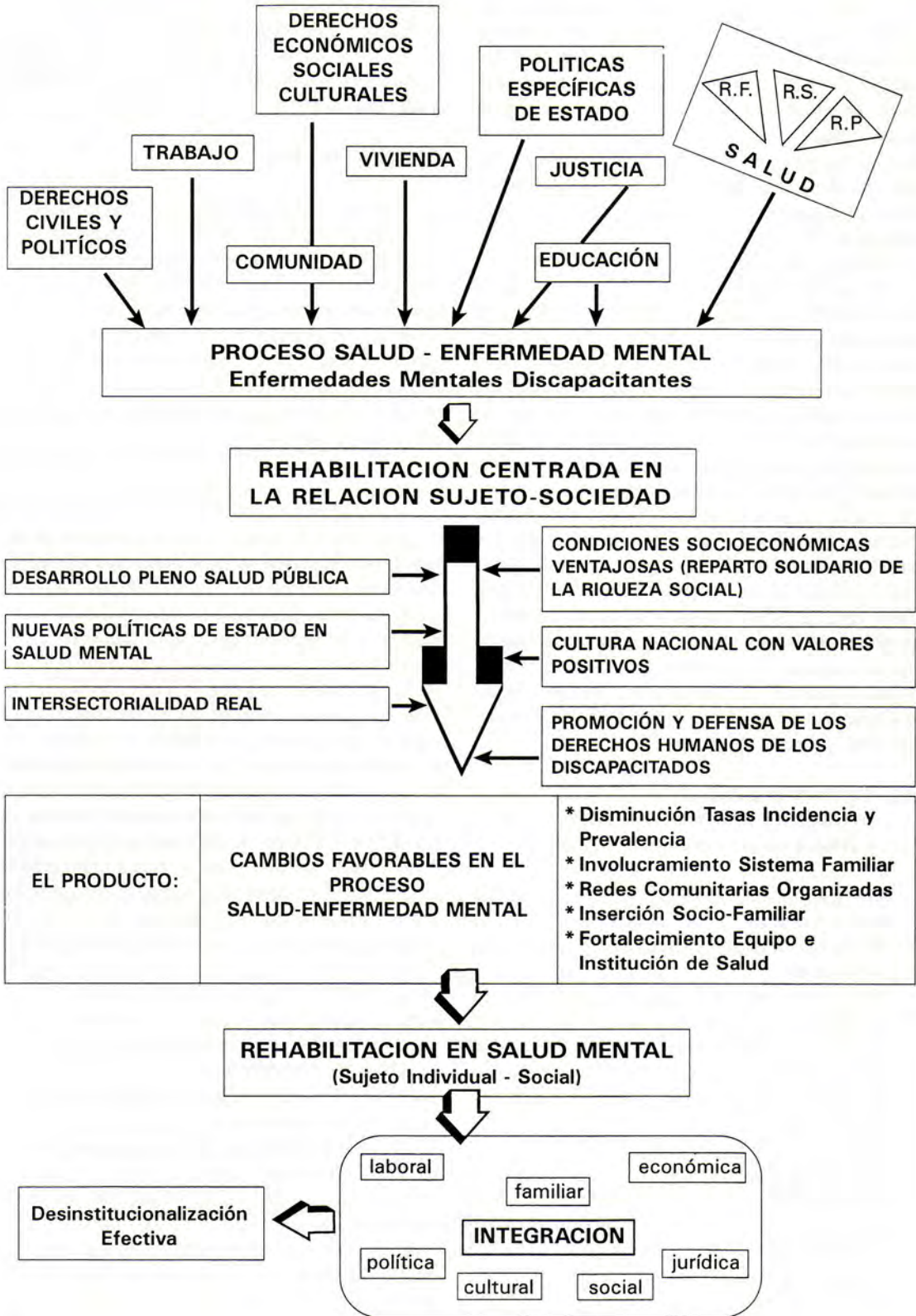
#### 4.2. Bases teóricas

Nuestro modelo de trabajo se basa, desde un punto de vista teórico, en cinco perspectivas conceptuales y epistemológicas con las que intentamos complementar una visión biopsicosocial con otra de carácter histórica, con el fin de abarcar en forma integradora la totalidad de la problemática que da cuenta de los trastornos mentales y de los fenómenos que favorecen u obstaculizan su evolución hacia formas de existencia coherentes con una ética humanista.

##### *Perspectiva histórico-social*

Nos aporta la exigencia epistemológica de observar siempre, en cada momento y lugar, la *historicidad* del proceso salud-enfermedad mental. Esto quiere decir que la interpretación de los modos de enfermar de los grupos humanos y, por consiguiente, de los individuos en particular, no puede hacerse al margen de las condiciones de vida que genera la formación social concreta que organiza la existencia humana en la sociedad. En el caso de nuestro país, la forma como se produce el reparto de la riqueza social de acuerdo con el modelo neoliberal, obligatoriamente establece un perfil de clase respecto del modo de enfermar general y del modo de enfermar en el ámbito psíquico. Un perfil epidemiológico que respete esta especificidad clasista (perfil epidemiológico de clase) dará cuenta de las sustantivas diferencias que llegan a producirse, por ejemplo, en la manera como irrumpe un proceso esquizofrénico, en su curso evolutivo, en su impacto biopsicosocial y en su pronóstico, si se trata de un adolescente posicionado socialmente en un hogar de extrema pobreza versus de otro proveniente de una familia situada en los estratos sociales altos. La oportunidad del diagnóstico; el acceso a equipos terapéuticos interdisciplinarios, a redes sociales de apoyo, a programas de rehabilitación; la administración de neurolépticos atípicos; las oportunidades de reinserción social y laboral, etc., están mediatizadas por estas determinantes estructurales (24, 25, 40).

FIGURA 2



### *Enfoque Sistémico*

Visión holística que incluye la totalidad de interacciones que se producen entre persona índice, familia, institución de salud y macrosistema social. La teoría de los sistemas en el ámbito de la sociedad humana aporta al fenómeno social la precisión de los aspectos relacionales que imbrican a la parte con el todo, a los sistemas menores con los sistemas mayores. El discapacitado de causa psíquica es punto de referencia de un complejo sistema de relaciones, desde aquellas más inmediatas que incluyen, en uno de los extremos, sus propias relaciones internas biopsíquicas, hasta, en el otro, la organización social del mundo moderno. Una de las riquezas de este enfoque está en el hecho de que exige para la elaboración de estrategias de rehabilitación psiquiátrica identificar aquellos subsistemas humanos que intervienen de manera más directa y significativa en la creación de condiciones que favorecen y obstruyen el proceso salud-enfermedad (26).

### *Enfoque de Psiquiatría Social*

Integra las ciencias sociales al campo médico psiquiátrico, aumentando con ello la complejidad del conocimiento del *pathos* mental y enriqueciendo notablemente el desarrollo de las estrategias de intervención en el ámbito de la salud mental. De acuerdo con ello la rehabilitación psiquiátrica nos remite a una acción conjunta del consultante, la familia, el equipo de salud, la comunidad y el Estado. La perspectiva sociomédica incorporada a este enfoque identifica en el Estado al principal depositario de la responsabilidad social en la inserción e integración efectiva del discapacitado (10).

### *Enfoque de Redes Sociales*

Permite ubicar la intervención rehabilitadora y la inserción de los discapacitados en un espacio de acción que sobrepasa los marcos restringidos de los equipos de salud y de las llamadas redes asistenciales. Propiciamos un concepto de redes que refleje en la práctica la intersectorialidad que le es propia al fenómeno de la discapacidad psiquiátrica, razón por la cual estimamos que está pendiente aún profundizar más la discusión teórica acerca de lo que hoy se entiende por redes sociales. Dominan en la práctica médica ideas de redes que están más cercanas a una propuesta de relaciones formales, de instancias de coordinación,

interconsultas, intercambio de información y flujogramas que a una actitud de integración plena en una praxis de co-construcción de cosmovisiones y estrategias compartidas. Además, existe preocupación por la tendencia hoy hegemónica de hipertrofiar el grado de usufructo que el equipo de salud, y en particular el médico, hace de los ámbitos saber-poder en los espacios de red, y de sobrecargar con una responsabilidad tarefa a las organizaciones comunitarias de base, configurando una práctica psicosocial poco democrática en la cual la participación social queda severamente distorsionada (27).

### *Enfoque de Salud Mental de Base*

No obstante lo anterior, estimamos firmemente que una parte significativa de la resolución de problemáticas propias de la discapacidad puede lograrse en la base social. Estrategias basadas en grupos de base, en las que se posiciona al equipo de salud como un actor más entre diversos agentes comunitarios de cambio, permiten crear condiciones comunitarias para la construcción de nuevas formas de subjetividad social, estimular la heterogeneización de las conciencias individuales en pro de la diversidad en los marcos de una psicología social y de una conciencia social que favorezcan el surgimiento de una nueva cultura de participación, verdaderamente crítica y de involucramiento en la creación de oportunidades y de cambios sociales (23, 28, 29, 30, 31).

### **4.3. Metodología de trabajo**

- Modelos de acción participativa. Los actores involucrados participan horizontalmente en las diversas actividades (32).
- Esta acción participativa atraviesa tanto el área clínica como comunitaria del Servicio de Psiquiatría. En el ámbito clínico, esta modalidad se expresa en la incorporación de ciertas instancias de redes de apoyo para consultantes hospitalizados y en la participación de los mismos en diversos programas comunitarios, como la radio "Aterrizaje Forzoso", la Casa Club, el Hospital Diurno, etc.
- Propendemos a la potenciación de diversas formas de autogestión y al desarrollo de grupos de base vinculados con nuestros propios espacios de red.
- La gran mayoría de las actividades específicas de rehabilitación psiquiátrica se despliegan en

territorio comunitario y sólo una mínima parte de ellas queda circunscrita al espacio físico del Servicio de Psiquiatría.

- La educación participativa está presente como herramienta permanente de trabajo tanto para el equipo de salud mental como para las instancias comunitarias.
- Nos interesa incentivar la motivación constante de todos los sujetos hacia la problematización de la rehabilitación psiquiátrica, tanto a nivel de grupos de base como en la relación con instancias del Estado.

#### **4.4. Red de rehabilitación del Servicio de Psiquiatría**

##### *Hospitalización breve*

Orientada fundamentalmente a situaciones de crisis severas y a internaciones de corto tiempo. Su objetivo es la estabilización sintomática, el diagnóstico de redes de apoyo y el involucramiento del sistema familiar. Se intenta una precoz derivación al hospital de día u otras instancias de la red, proceso que comienza ya durante el período de internación.

##### *Larga estadía y residentes*

Programa que contempla la desinstitucionalización de la persona enferma a través de dos vías de acción. Por una parte, aquellos pacientes que han sido asilares y que viven a permanencia en el Servicio a los cuales se les integra a diversas actividades de la red de rehabilitación comunitaria (programa radial, vivero, centro vacacional y agropecuario, etc.). Por otra parte, los consultantes de larga estadía, que se hospitalizan con convenio explícito del equipo con sus grupos familiares por un período fijo de tiempo (no superior a 12 meses) con el fin de ejecutar un plan específico y personalizado de rehabilitación que comprende la recuperación sintomática, el entrenamiento en ciertas habilidades sociales, la resocialización, la modificación de patrones disfuncionales intrafamiliares, el despliegue de estrategias de apoyo social para la familia y el consultante, y la inserción final en alguna de nuestras instancias comunitarias de rehabilitación externa.

##### *Hospital de Día*

Complementa las necesidades de trabajo clínico con las comunitarias. Reduce el tiempo de

hospitalización y previene los reingresos. Privilegia la realización de actividades en y con la comunidad dejando sólo algunas dinámicas grupales, atenciones individuales y de familias, y las acciones administrativas para el espacio físico intrahospitalario. Desarrolla trabajo domiciliario con el consultante, la familia y su entorno inmediato. Integra en su quehacer diario acciones de los grupos de base. Interactúa como tal como un actor más junto a otras instancias comunitarias y está validado como interlocutor formal con diversos estamentos del Estado provincial.

##### *Taller Protegido-Taller Laboral*

Orientado en su quehacer preferentemente hacia el apresto y la capacitación laboral. Físicamente ubicado en un sector poblacional céntrico, muy vecino al área comercial de la ciudad. Promueve la promoción y comercialización de su producción en diversas instancias de la sociedad iquiqueña. Ha logrado establecer una interesante red de comerciantes y empresarios que nos apoyan con puestos de trabajo.

##### *Casa Club*

La definimos como una organización de base comunitaria que se integra plenamente al quehacer del sector poblacional en que se ubica. Está orientada hacia la estructuración del tiempo libre y la integración social en estrecha coordinación con el mundo social de la comunidad que la rodea, haciendo propias muchas de las actividades que de allí emergen. Acoge en su espacio físico al grupo de monitores en salud mental, a los miembros de CODEP (Colaboradores de Psiquiatría) y de AFADIP (Agrupación de Familiares y Amigos de los Discapacitados de Causa Psíquica). Aquí funciona también nuestro programa radial comunitario "Aterrizaje Forzoso". Su funcionamiento interno es de tipo autogestionario.

##### *Radio Comunitaria*

Se trata de una propuesta comunicacional alternativa orientada hacia la integración social de las personas discapacitadas de causa psíquica. Facilita los procesos de inserción sociofamiliar; sensibiliza a la comunidad respecto del tema; favorece la construcción de redes sociales; abre caminos a fuentes de trabajo. Funciona también con modelo de autogestión. El equipo de salud se incorpora principalmente en tanto parte del equipo de traba-

jo y sólo secundariamente como equipo terapéutico. Ofrece espacio para la participación de diferentes actores de la comunidad en todas las etapas del proceso. La próxima fase es la materialización de una radio comunitaria (33).

#### *Grupos de base*

- AFADIP: Desarrolla aspectos corporativos en su relación con estamentos del Estado y con la comunidad. Tiene una excelente inserción en determinados ámbitos de la ciudad. Fuertemente involucrada en los esfuerzos por consolidar ciertas instancias de rehabilitación, tales como la Casa Club y la Radio Comunitaria. Posee ya un sólido desarrollo organizacional. Tiene personalidad jurídica.
- CODEP: Grupo de colaboradores que, superando concepciones paternalistas de ciertas formas de voluntariado, se involucran solidariamente apoyando el trabajo de redes, desplazando su quehacer hacia las actividades externas del Servicio, buscando la inserción social y familiar de nuestros consultantes. Realiza un acompañamiento comunitario especialmente a aquellos sujetos en situación de máxima fragilidad psicosocial.
- MONITORES: Realizan actividades de promoción, difusión y prevención de enfermedades mentales en la comunidad. También hacen trabajo de acompañamiento comunitario (34).

#### **4.5. Flujograma del Servicio de Psiquiatría**

En la Figura 3 exponemos el flujograma del Servicio que muestra los distintos subprogramas y unidades, y las relaciones de éstos con las redes propias y externas de rehabilitación psiquiátrica. En ellas se distribuye un total de 4 médicos psiquiatras, 1 médico general, 3 psicólogas, 3 terapeutas ocupacionales, 2 enfermeras, 2 asistentes sociales, 5 monitores (licenciada en arte, egresado de sociología, sonidista, técnico pastelero, educador popular), 13 técnicos paramédicos, 7 auxiliares de servicio y 3 funcionarios administrativos (ver Figura 3).

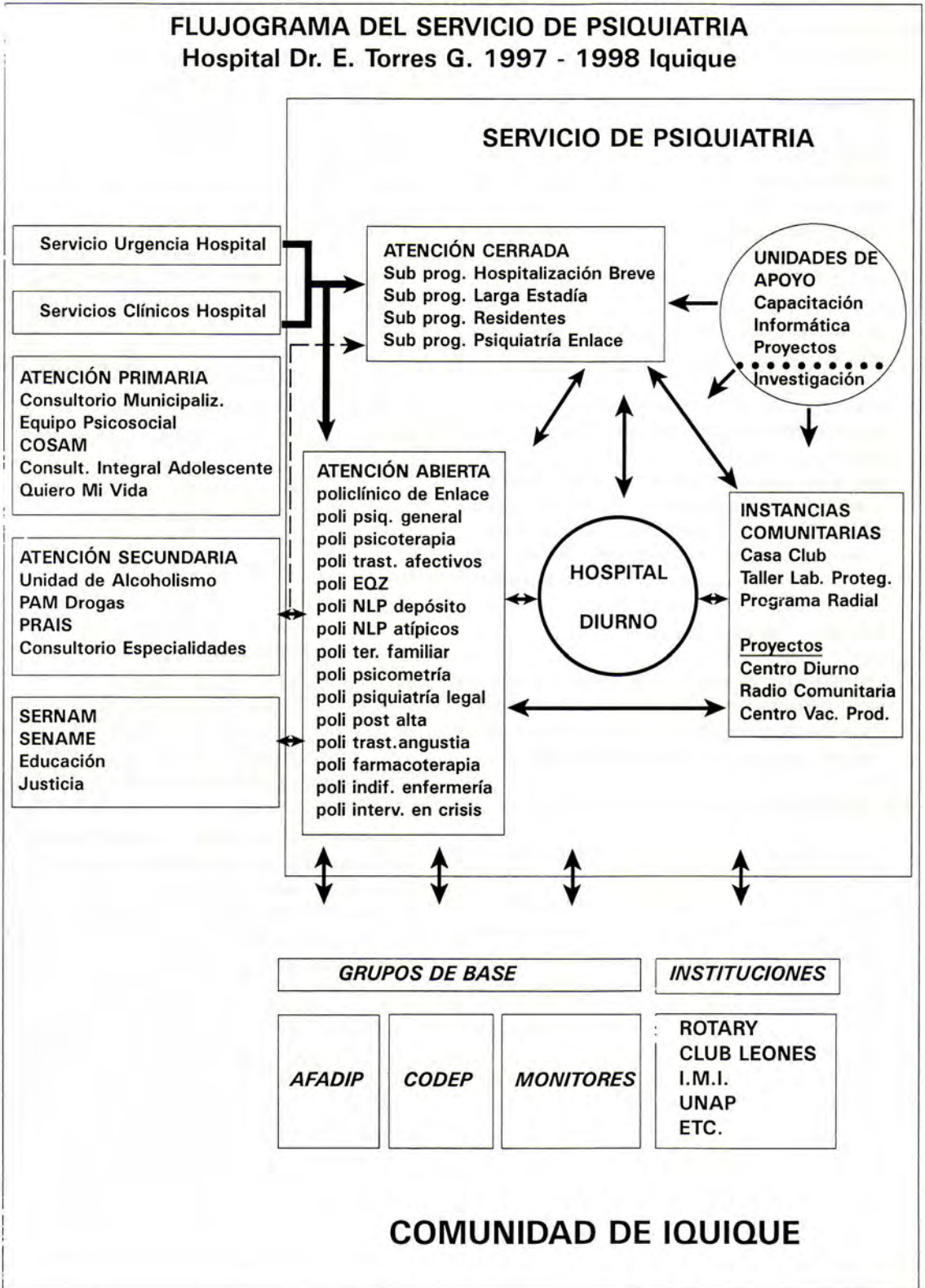
#### **5. CONCLUSIONES**

- La discapacidad de causa psiquiátrica es un problema social de altísima complejidad e

involucra diversos estamentos de la sociedad para el diseño de estrategias que aspiren a una solución exitosa al problema de la integración de estas personas.

- El modelo económico neoliberal crea grandes obstáculos para la priorización de políticas sociales de Estado que impliquen inversiones (inyección real de recursos humanos y financieros) a largo plazo para favorecer la puesta en marcha de programas de intervención para los consultantes del sector público en salud.
- Los conflictos bioéticos que atraviesan la discapacidad psiquiátrica (relacionados con las violaciones a los derechos humanos de segunda y tercera generación que afectan a los enfermos mentales) sólo pueden resolverse en los marcos de transformaciones significativas al modelo de sociedad imperante.
- Por esta misma razón se hace cada vez más imperiosa la discusión acerca de la reforma psiquiátrica, en orden a un replanteo profundo de la institución psiquiátrica y de sus métodos de intervención.
- Estimamos que no es posible la rehabilitación sociolaboral en el contexto actual si no se abre también un debate público acerca de un nuevo ordenamiento legal que proteja y defienda el derecho de las personas con daño psíquico a condiciones laborales, de vivienda, de educación y capacitación técnica dignas y que estén sostenidas en un soporte ético, axiológico y cultural que garantice su vigencia en el tiempo.
- Sólo un enfoque de psiquiatría social con fuerte asiento en la comunidad puede absorber parcialmente el desafío de integrar a estos sujetos. Para ello se requiere formular una concepción del trabajo que involucre, con sólidos principios participativos y democráticos, a todos los actores.
- La experiencia de trabajo que comunicamos incorpora algunas de las premisas que aquí sostenemos teóricamente. Nuestro Servicio, en tanto parte del sistema de salud pública de la provincia de Iquique, refleja en sus limitaciones las contradicciones a que hemos hecho mención en este trabajo. Obviamente estamos lejos de una meta satisfactoria en materia de rehabilitación psiquiátrica, sin embargo, nos mueve a publicarla el deseo de contribuir a un debate que nos parece hoy imposterizable.

FIGURA 3



## BIBLIOGRAFIA

1. "Psicoeducation in First Episode Psychosis: A Therapeutic Process", *Psychiatry*. 1995, nov., 58 (4): 313-28.
2. Hogarty, G.E. "Family Psicoeducation Social Skills Training and Maintenance Chemotherapy in the Aftercare Treatment of Schizophrenia", *Arch. GEM-Psychiatry* 1991, April, 48 (4): 340-7.
3. Alvarez, C., Troncoso, M.; Sepúlveda, R. "Apoyo Social, Salud Mental y Esquizofrenia. Una revisión del tema", *Revista Psiquiatría*, año XII, Vol 34, julio-dic., 1995, 154-161.
4. Cordero, M. "EQZ y Familia", *Revista de Psiquiatría*, año XIV, N° 1. enero-marzo, 1997, 42-45.
5. Ministerio de Salud "Atención, Rehabilitación y Reinserción Social del Discapacitado de Causa Psíquica", Programa de Salud Mental del Ministerio de Salud, 1996.
6. Cordero, M. "Aportes de la Psicofarmacología a la Rehabilitación", *Revista Psiquiatría*, 1994, año XI, Vol. I, 12-15
7. Zúñiga, S.; Jobet, S. "Experiencia en el Empleo de Dosis Alternas de Neurolépticos de Depósito en el Tratamiento de Psicosis Crónica", *Revista Psiquiatría*, año XIII, N° 3, julio-sept., 1996, 148-154.
8. Figueroa, G. "Etapas de la Investigación en Psicoterapia y Salud Mental", *Revista Psiquiatría*, año XIII, N° 4, octubre-dic., 1996, 211-217.
9. Silva, H. "La Psicofarmacología y su Importancia en Salud Mental", *Revista Psiquiatría*, año XII, N° 4, octubre-dic., 1998, 218-222.
10. Martí Tusquets, J.L. "Psiquiatría Social", Edit. Herdes, Barcelona, 1992.
11. "Teoría y Práctica de la Psiquiatría Social", Edit. Científico-Técnica. La Habana, 1976.
12. Cademátori, J. "Chile. El Modelo Neoliberal", Chile-América, Santiago, 1998.
13. Fazio, H. "Mapa Actual de la Extrema Riqueza en Chile", Edit. LOM, Santiago, 1997.
14. Moulian, T. "El Consumo me Consume", Libros del Ciudadano, Edit. LOM, 1998.
15. Moulian, T. "Chile Actual. Anatomía de un Mito", Edit. LOM, 1997.
16. Jocelyn-Holt, L.A. "El Chile Perplejo. Del Avanzar sin Transar al Transar si Parar", Edit. Planeta/Ariel, 1998.
17. Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional. GLARP. "Manual de Rehabilitación Profesional", Bogotá, Colombia, 1994.
18. Morales, E. "Familia, Paciente y Reinserción Social", *Rev. Psiq.*, año XI, Vol. I, enero-mayo, 1994
19. Troncoso, M.; Alvarez, C.; Sepúlveda, R. "Redes Sociales, Salud Mental y Esquizofrenia", *Rev. Psiquiatría*, año XII, Vol 34, julio-dic., 1995, 163-173
20. Encuesta CASEN. I Región, 1994.
21. Encuesta CAS, Comisión Regional CAS I Región, 1994.
22. Vicente, B.; Rioseco, P.; Saldívar, S.; Madariaga, C.; Reyes, L.; Tomé, M.; Vielma, M.; Muñoz, M. "Prevalencia de Vida y Seis Meses de Algunos Trastornos Psiquiátricos de la Población de 15 Años y Más de la Provincia de Iquique", 1998.
23. Pichón-Rivière, E. "Psicología de la Vida Cotidiana", Edit. Nueva Visión, Argentina, 1985.
24. Rosen, G. "¿Qué es la Medicina Social? Un análisis genético del concepto", *Rev. Salud Problema*, N° 10, 1985, págs. 11-25.
25. Laurell, A C "Notas para un Marco Teórico para la Investigación en Sociología Médica", Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma de México, julio, 1976
26. Aaron, A. y otros. "Terapia Sistémica y Contexto Social", 1991.
27. Elkam, M. "Terapia de Redes" De Gedisic, España, 1989.
28. Sisti, S. "Salud Mental de Base", El Salvador, 1995
29. Freire, P. "Cartas a Quien Pretende Enseñar", Edit. Siglo XXI, México, 1991.
30. Montero, M. "Psicología Comunitaria", *Rev. Latinoamericana de Psicología*, 1984, Vol 16, N° 3, 339-340
31. OEF. Internacional. "Haciendo Camino al Andar". Guía Metodológica para la Acción Comunitaria OEF, Washington, 1987.
32. Varger, L.; Bustillos, G. "Técnicas Participativas para la Educación Popular". DE Cide, Santiago, Chile, mayo de 1989.
33. Madariaga, C.; Guajardo, A.; Díaz, M.; Mondaca, M. "Medios de Comunicación Social y Prevención en Psiquiatría. Taller de Radio". *Rev. Psiquiatría*, 1997, año XIV/4/174-192.
34. Guajardo, A.; Madariaga, C.; Díaz, M.; Mondaca, M.; Seguel, J. "Formación de Agentes Comunitarios en Salud Mental. Una experiencia de Taller". *Rev. Psiquiatría*, 1997, XIV/4/183-189.
35. Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental. Documento de Estudio "Normas sobre Redes de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría". Santiago, 1997.
36. Espino Granado y cols. Documento de Trabajo "Atención Primaria de Salud y Psiquiatría en la Comunidad", Madrid, 1998.
37. Comisión Ministerio de Salud, Colegio Médico de Chile, Consejo Regional. Santiago. "Plan Estratégico para el Desarrollo de las Redes de Servicios Clínicos de Psiquiatría y Salud Mental", Santiago, diciembre, 1998.
38. Declaración de "El Peral" Propuesta "Hacia una Psiquiatría Comunitaria". Santiago, septiembre, 1998
39. Guattari, F. "El Devenir de la Subjetividad". Dolmen Ensayo, Santiago, 1998.
40. Breilh, J. "Epidemiología, Economía, Medicina y Política" Distribuciones Fontamaro S.A., México, 1986