

ESFUERZOS Y BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN CHILE

Daniela González Espejo¹; Rocío Padilla Avendaño²

Palabras clave: Exclusión social, institucionalización, plan nacional de salud mental, privación ocupacional, salud mental, terapia ocupacional.

*“Ellos no me visitan ni me mandan nada. No sé si han vendido mi casa.
Yo quiero irme de este lugar. He vivido en el pabellón uno por ochos años”*

Vidas Arrasadas

INTRODUCCIÓN

Difícil es pensar que en aquellos hospitales llamados “psiquiátricos”, los cuales generalmente solo miramos desde afuera, permanezcan toda una vida personas, que debido a problemas sociales como lo son el abandono o la pobreza, no puedan ser dados altas. Esta realidad la demuestra Mental Disability Rights International (2007) en el libro Vidas Arrasadas, en el capítulo II “Institucionalización inapropiada”. En sus respectivas veinte páginas, se revelan realidades de los llamados “casos sociales” en que debido a condiciones socio económicas, se perpetúa su institucionalización. En el capítulo se denuncia una vulneración de derechos a los/as usuarios que los/as excluyen de la sociedad, así como también la falta de legislación que proporcione un cambio de paradigma en relación a la salud mental y, por consiguiente, el ofrecimiento de servicios adecuados que promueva la prevención y desinstitucionalización. Siendo Argentina un país vecino, con el que posiblemente vivimos procesos de desarrollo similares es que nos cuestionamos acerca de los esfuerzos y barreras que influyen en la (des)institucionalización en Chile.

¹ Estudiante V año Terapia Ocupacional, Universidad de Chile. Contacto: daniela.gonzalez.e@ug.uchile.cl

² Estudiante V año Terapia Ocupacional, Universidad de Chile. Contacto: rocio.padilla@ug.uchile.cl

Basándonos desde un enfoque de derechos humanos y una perspectiva de la terapia ocupacional social, es que consideramos que existen cuatro ejes fundamentales que en su análisis crítico permiten vislumbrar la influencia en la (des)institucionalización chilena. En primer lugar, una breve mirada histórica de los modelos de discapacidad y su relación con la institucionalización. Segundo, la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 y el Plan Nacional de Salud Mental del año 2000, que proponen un modelo comunitario para la salud, y distintas estrategias para su aplicación. Tercero, la perspectiva cultural chilena que se tiene sobre las personas con sufrimiento mental. Por último, la terapia ocupacional como disciplina, que en un equipo interdisciplinario, aporta con estrategias que favorecen la inclusión social, desinstitucionalización y la no perpetuación del abandono de las personas con sufrimiento mental.

A lo largo de este artículo, se espera tensionar distintas cotidianidades y prácticas que, debido a una falta de interés, reflexividad, y/o capacidad crítica, naturalizamos y replicamos, haciéndonos parte de la constante discriminación y exclusión social de aquellas personas que no encajan con lo socialmente esperado, así como también, rescatar aquellas prácticas que han demostrado serios esfuerzos por romper estas barreras sociales, económicas, políticas y culturales, luchando por una real transformación social.

Por un lado, el enfoque de derechos humanos nace como una respuesta a las injusticias y exclusión social que viven especialmente los sectores más pobres y/o marginalizados, debido a las brechas sociales. Desde ahí se entiende al humano como un sujeto de derechos, el cual, por el solo hecho de ser humano, goza de manera inherente, inalienable e inviolable, entre otros, de garantías jurídicas, las cuales son consideradas tal como dice Giménez & Valente (2010) como “valores no negociables que representan un producto social o histórico derivado de las luchas sociales” (p.54). El estado es el encargado de respetar, proteger y cumplir estos derechos, los cuales se dividen en; primera generación, derechos civiles y políticos; segunda generación, derechos económicos, sociales y culturales; tercera generación, derecho a la paz, autodeterminación y protección ambiental. (Giménez & Valente, 2010). Además, en este ensayo, se utilizará la Convención

de Personas con [en situación de] Discapacidad, abreviado como CPCD (ONU, 2008) y algunos de sus artículos.

Por otro lado, la perspectiva de la TO social también surge frente a cuestionamientos del mundo contemporáneo, como lo son la exclusión, marginalización, vulneración, desigualdad. Frente a estas interrogantes se discute cuál es el papel de la terapia ocupacional en este campo social, siendo solamente una intervención o además, la necesidad de asumir un rol político para con la sociedad. La terapia ocupacional desde una perspectiva crítica comprende las distintas barreras éticas, sociales, culturales, y políticas (Galheigo, 2007), y por lo tanto, la exclusión social más que una exclusión física (lo cual en la psiquiatría sí ocurre), se entiende como una exclusión en el acceso de los derechos mencionados anteriormente.

Es entonces que para este análisis se utilizaran algunos conceptos relacionados al enfoque de derechos y a la perspectiva de terapia ocupacional social. En primer lugar, el concepto de exclusión social utilizado por Paula Barros (1996) que lo define como una trayectoria de debilitamiento o quiebre de los lazos que une al individuo con la sociedad, los cuales generan pertenencia e identidad hacia la sociedad. Estos lazos se pueden definir como: funcionales, integración al funcionamiento del sistema; sociales, incorporación en grupos o redes sociales; y culturales, integrarse a pautas de comportamiento y entendimiento. Un segundo concepto corresponde al de privación ocupacional, en que Whiteford en Moruno y Fernández (2012) lo define como la exclusión de la participación en actividades necesarias y/o significativas debido a factores determinados por valores culturales que están fuera del control inmediato del individuo, como lo son las políticas institucionales, por ejemplo, en los hospitales psiquiátricos y su manejo hacia los usuarios para mantener el orden (Moruno & Fernández, 2012). Una tercera definición corresponde a la alienación, descrita según Townsed y Wilcock como una restricción para participar en ocupaciones significativas y enriquecedoras, que llevan a participar en ocupaciones vacías, sin sentido, aisladas, sin proporcionar identidad ni permanencia (Moruno & Fernández, 2012).

DISCUSIÓN

La institucionalización, como tema principal del artículo, será analizada desde las perspectivas indicadas en nuestra introducción, y entendida como una transformación en la identidad de la persona, sus formas de hacer y pensar, que se vincula con la identidad de la institución y sus normas, siendo éstas aceptadas e incorporadas en la subjetividad de la persona de forma “obligada” para poder participar. La institucionalización, según Chuaqui (2015):

Ha sido caracterizada en la sociología como conducta tipificada (sigue ciertos patrones o pautas) por su participación en contextos de interacción que para el actor tienen realidad objetiva y que ha sido internalizada por los sujetos llegando a ser parte de su definición de la situación (p.109).

Esto aporta a que la institucionalización favorezca la alienación ocupacional, y sea más inapropiada que apropiada para la persona.

Históricamente se ha comprendido a la persona con discapacidad (física, mental o intelectual) desde distintos modelos que las han llevado a la institucionalización. El más antiguo modelo es el de prescindencia que dominaba en épocas antiguas, donde se concebía la discapacidad como castigo de los dioses. Generalmente quienes sufrían de malestares mentales, se asociaba a la forma en que el “diablo” se presentaba en este mundo; o también como vidas que carecían de sentido y que, por lo tanto, no valía la pena que las vivieran (Velarde, 2012). Por consiguiente, había que aislarlos o alejarlos del núcleo social, encerrándolos a distancias de pueblos y sociedades -modelo marginalizador- o simplemente eliminarlos a través de la muerte -modelo eugenésico- (Velarde, 2012). Estos modelos, a pesar de que la literatura indica que pertenecen a la época de la Antigüedad y la Edad Media, hoy en día también son encontrados. En el libro *Vidas Arrasadas* (2007), nombran que personas, a pesar de obtener el alta médica, pasan más de 20 años institucionalizadas en hospitales, sin salir ni participar de la sociedad, por no tener los apoyos necesario, pero también porque para algunas familias y sociedades, es más fácil dejarlos dentro de un lugar,

donde están constantemente vigilados, con actividades limitadas, y bajo los efectos de los fármacos, pues de este modo parecen estar “bajo control”. Importante recordar que por lo general se usan fármacos que producen sedación, somnolencia, debilidad y fatiga (González, 2010) entre otros. En relación a esto, Sandra Galheigo (2007) habla de Foucault (1978), quién utiliza el término exclusión social para referirse al “Gran Confinamiento”, ya que en las épocas en que se consideraban que las personas que eran incapaces de ser productivos en el trabajo, por diferentes razones (discapacidad, pobreza, etc.) debían ser cerrados en un Hospital en París. Esto entonces, explica que el término de exclusión social se asociaba a ideas de destierro, reclusión y control social (Galheigo, 2007).

En nuestro país, existen distintos hospitales psiquiátricos que se encuentran alejados las ciudades, por ejemplo, el Hospital El Peral, ubicado en la comuna de Puente Alto que a pesar que hoy en día en sus cercanías hay diferentes poblaciones y que está cada vez en menos uso como “hospital psiquiátrico”, representa claramente un paradigma de aquellas épocas en donde lo mejor era que las personas con sufrimientos mentales estuvieran totalmente aislados de cualquier encuentro social (y territorial).

El cambio de paradigma en relación a como se ve la salud mental y los hospitales psiquiátricos es un proceso lento, cuyo cambio profundo debe ser resguardado por políticas públicas que generen directrices de las nuevas líneas de intervención y que además estén estrictamente supervisados en su cumplimiento. Actualmente en Chile, existe una Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, y un Plan Nacional de Salud Mental que, desde la base de un modelo comunitario de salud, prioriza las acciones preventivas y de intervención temprana con el fin de mejorar la calidad de la atención. El enfocarse en este tipo de acciones demuestra los esfuerzos por generar un cambio de paradigma a nivel nacional en relación a la concepción de la salud mental y psiquiatría, lo cual lo consideramos como un paso importante para evitar la institucionalización y las consecuencias que esta trae.

El desarrollo de un modelo comunitario de atención en salud mental y psiquiatría lo consideramos clave al momento de plantearse una desinstitucionalización. En el libro

“Vidas Arrasadas” (2007) mencionan que el principal factor a largo plazo para generar este cambio es la necesidad de servicios y apoyos adecuados en la comunidad. En Chile, el actual modelo de atención comunitaria está determinado por la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, y por las recomendaciones de la OMS (2007), con el fin generar una atención equitativa que rompa con la vulneración de derechos y exclusión. Este modelo en sí corresponde a un derecho en torno a gozar el más alto nivel de salud (art. 25 CDPC).

Destacamos la importancia del concepto de comunidad, desarrollado por Pino, Ceballos y Sepúlveda (2015), quienes plantean que las personas somos seres ocupacionales y comunitarios, y en el repaso de nuestra historia, nos hemos conformado como seres que estamos-en-común. Es gracias a esto que pueden desarrollarse como seres singulares en una colectividad, en que cada persona en sí es única e inigualable. En el caso de personas que no estan-en-común, sino son-en-común, es donde se rompe esta naturaleza del ser ocupacional y comunitario. Las instituciones psiquiátricas han promovido a lo largo de la historia el ser-en-común, donde bajo las mismas normas y reglas, la identidad y la forma de pensar se convierten en las de las instituciones y las limitadas experiencias que ofrecen, generando procesos de privación ocupacional y alienación.

El modelo comunitario rompe con el modelo biomédico, comprendiendo que los problemas de salud mental, no se relacionan sólo con factores biológicos, sino también con factores psicosociales por medio de la interacción de la persona con sus antecedentes, su entorno social (Minoletti y Zaccaria, 2005) y, por lo tanto, por las condiciones económicas, políticas, sociales y culturales que determinan la subjetividad de ese sujeto. Considerando esto, y en relación a la desinstitucionalización, es que nos hace sentido el modelo comunitario al promover que la persona vuelva a su naturaleza y la comunidad, tal como se señala en el artículo 19 de la CDPC. Esto por medio de servicios que se encuentren en los barrios de las personas permitiendo tener contacto con la sociedad en la que se mantuvieron excluidos en los tres tipos de lazos, la participación de la red social de la persona (o creación de una nueva), y además, a los usuarios como actores de su situación, todo en

función de romper con las privaciones ocupacionales, y restaurar “la integración a la sociedad”, o desde nuestra perspectiva, el acceso a los derechos que tenemos por el solo hecho de ser.

Para esto, se ha fortalecido la atención primaria de salud mental en Chile, la cual es responsable de la continuidad de los tratamientos, permite la vinculación con distintos niveles de atención, y vincula con dispositivos comunitarios. En cuanto a recursos, se aumentaron la cantidad de centros comunitarios de salud mental con atención especializada ambulatoria, teniendo más de 200.000 centros, y también las unidades de especialidad ambulatoria con atención psiquiátrica a nivel secundario, como CAE, CDT, CRS. (Ministerio de Salud [Chile], 2010).

Para lograr el implemento del modelo de atención comunitaria se proponen distintas estrategias, de las cuales serán abordadas algunas de ellas. La intersectorialidad implica que el sector de salud debe coordinarse con otros sectores del gobierno y además la sociedad civil, (Minoletti y Zaccaria, 2005) considerando que se trata de un problema multifactorial y no exclusivamente biológico, el cual también se menciona como una estrategia fundamental para la desinstitucionalización en el libro “Vidas Arrasadas” (2007). Toma importancia hablar de desinstitucionalización ya que al comprender la salud mental desde nuevas perspectivas, lo social se vuelve imprescindible. Así mismo lo hace Custo (2008), quien considera como factores importantes en su definición de salud mental la capacidad crítica, creativa, y reflexiva de los sujetos, la participación real en la toma de decisiones y la posibilidad de construir proyectos. De esta forma, la institucionalización prolongada deja de cobrar sentido, ya que en vez de promover la salud mental, estaría perpetuando un deterioro de ésta al restringir la libertad de las personas generando una exclusión social, privarlas ocupacionalmente y vulnerar sus derechos, por medio de la denominada medicalización de los problemas sociales. Es entonces, donde entra la labor de la intersectorialidad con el fin de pesquisar dificultades de salud mental desde distintas aristas, y promover, prevenir y rehabilitar, articuladamente, los distintos factores que contribuyen a las situaciones de salud mental, pero siempre considerando la naturaleza del ser como

ocupacional y comunitario. De todos modos, se reconoce como dificultad una resistencia natural al cambio principalmente por trabajadores de los hospitales psiquiátricos, por lo que se hace necesario capacitar en profundidad en torno al modelo comunitario, así como también promover esta formación desde pre grado (Minoletti y Zaccaria, 2005).

La inversión presupuestaria corresponde a otra estrategia que influye en la aplicación del modelo comunitario, pues la salud mental está muy por debajo en estos términos. Se propone en el plan aumentar el presupuesto entre el 0,5% y el 1% anualmente. (Minoletti y Zaccaria, 2005). Si bien ha aumentado el presupuesto nacional destinado - siendo solo el 1% en el 1990, y llegando al 2,4% en 2003- y hay una mayor distribución de estos recursos entre hospitales y centros comunitarios (Minoletti y Zaccaria, 2005), este sigue siendo inferior a lo requerido (5% del presupuesto nacional), por lo que los distintos programas y priorizaciones no han podido llevarse a cabo, pues solamente los programas de esquizofrenia, la depresión y la dependencia del alcohol y de las drogas tienen financiamiento estable dentro del AUGE (Minoletti y Zaccaria, 2005) lo que afecta directamente en la calidad de los servicios, vulnerado el derecho a gozar el más alto nivel posible de salud (art. 25, CDPC). Considerando la realidad de las personas institucionalizadas, el daño producido por las largas trayectorias de vidas encerradas, la vulneración de derechos, las constantes privaciones ocupacionales y la falta de redes de sostén de esas personas, es que se torna indispensable una alta calidad de los servicios que aseguren una continuidad de distintos tratamientos y apoyos en aquellas personas que lo requieren, como por ejemplo, tratamientos psicosociales o acompañamiento terapéutico, que desde nuestra perspectiva, corresponde a un derecho para el grado máximo de salud que se puede lograr.

La falta de presupuesto en salud mental conlleva a la necesidad de pagar por aquellos tratamientos que no pudieron implementarse, lo que genera una brecha de desigualdad y discriminación hacia aquellas personas, que debido a recursos, no pueden acceder a tratamientos. Esto en sí agrava directamente la situación de salud mental de las personas, y además, genera un círculo vicioso en que los problemas de salud mental o “los

diagnósticos psiquiátricos” provocan exclusión social, por ejemplo, debido al alejamiento de la familia, o la falta de oportunidades de acceder a puestos de trabajos, afectando más aún a la salud mental (Errázuriz, Valdés, Vöhringer, Calvo, 2015).

La agrupación de usuarios y familiares también es una estrategia a desarrollar, en donde el Plan Nacional de Salud Mental resalta la importancia de estos en la definición de las etapas de tratamiento e interacción entre profesionales y agrupaciones (Minoletti y Zaccaria, 2005), aunque desconocemos en qué medida esta estrategia se ha cumplido en su totalidad. Creemos firmemente que un proceso de desinstitucionalización debe ir acompañado por un constante respeto de los derechos de las personas, como lo expresa el artículo 21 de la CDPC “libertad de expresión y de opinión y acceso a la información”. Es por esto que valoramos los esfuerzos de la sociedad civil, como son los distintos colectivos que han logrado agrupar a usuarios y ex-usuarios (o sobrevivientes como se autodenominan algunos) con el fin de hacer valer su voz frente a la constante vulneración de derechos debido a las etiquetas de diagnósticos. Un ejemplo es el Colectivo Loco por Nuestros Derechos en que a través del Manual de Derechos en Salud Mental (Colectivo Locos por Nuestros Derechos, 2015) se detallan los derechos de la Convención de Personas en Situación de Discapacidad.

Además, se trata el tema de qué es la recuperación mental tomando en cuenta la decisión de dejar de tomar los medicamentos, al tener el derecho a decidir libremente pero también a recibir el apoyo personal correspondiente. Sin embargo, surgen dudas acerca de la existencia de tratamientos o apoyos seguros que apoyen la desmedicalización, y por lo tanto, hasta qué punto son escuchadas las opiniones de los usuarios. Considerando todos los problemas de abstinencia en relación al fármaco, así como también de descubrimiento, como narra Laura Delano, ex-usuario del sistema psiquiátrico “(...) no sabía qué sentimientos eran míos, qué pensamientos eran míos. No tenía ni idea de cuál era mi personalidad” (Mackler, 2016), es que se requiere de apoyo constante y seguro que permita gozar del derecho al máximo nivel de salud.

Por último, el aumento y vinculación formal de los hogares protegidos son otra estrategia para el cumplimiento del modelo comunitario y una respuesta a la desinstitucionalización de los hospitales psiquiátricos. Si bien se valoran los esfuerzos para favorecer el acceso de derechos de las personas con sufrimiento mental a vivir en comunidad (art. 19, CDPC) y participar en la sociedad, desde la experiencia, se entiende que los hogares protegidos corresponden principalmente a una medida de deshospitalización más que de desinstitucionalización. Esto se debe principalmente a que dentro de estos hogares y residencias, existe una vulneración de derechos a través del control por medio de normas y reglas que deben cumplir, por ejemplo, limitando los números de salidas permitidas durante el día, así como también, la alienación se vuelve una limitación que al no ser transformada, limita la participación real de las personas. Sin embargo, en el traspaso de hospitales a hogares protegidos, no se cuenta con el apoyo de ningún profesional que intervenga en este proceso de desalienación.

Un siguiente aspecto que influye en el proceso de desinstitucionalización, es el factor cultural a nivel de sociedad. Tal como se nombra en el libro “Vidas Arrasadas” (2007), ocurre una medicalización de los problemas sociales. Las personas se mantienen institucionalizadas, por falta de recursos para mantener un tratamiento, escasa red de apoyo y de servicios adecuados para ellos/as dentro de la comunidad, y por lo tanto, favorece la incapacidad para mantenerse ellos mismo (MDRI, 2007). Como sociedad no sabemos relacionarnos con las personas que están fuera de “lo normal”, desde no tener paciencia para escuchar a alguien que tiene dificultades en el habla, hasta no entender por qué son necesarios baños de grandes espacios para que entre una silla de ruedas. A pesar de que con el paso del tiempo, los/as chilenos/as nos hacemos partes de campañas inclusivas, a veces nos quedamos en lo superficial. Esto nos hace no estar preparados para enfrentar situaciones en la cotidianidad, donde personas que vivieron o viven con un problema de salud mental no puedan vivir solos, no sepan comprar, o se angustien cuando hay una situación que los sobrepasa. Por lo que preferimos mantenerlos el mayor tiempo posible, en un lugar que suponemos es “seguro y beneficioso” para ellos/as, como los hospitales psiquiátricos.

Otro aspecto cultural, son los fuertes estigmas y discriminaciones que favorecen la exclusión social de estas personas. Al parecer, quienes estuvieron internadas en alguna institución psiquiátrica llevan una etiqueta puesta, ya que es lo primero que ven o quieren ver todas las personas. Esta etiqueta es instalada por la misma sociedad, ya que negamos la diversidad, y vemos un conflicto en lo que no es normal. Esto es claro cuando estas personas están en busca de un trabajo (art. 27 CDPC), quieren conseguir un lugar donde vivir (subsídios, arriendos, etc.) (art. 19 CDPC), cuando quieren pertenecer algún grupo social (art. 30 CDPC) e incluso cuando requieren alguna atención del sistema de salud (art. 25 CDPC). La discriminación no solo la ejerce el entorno cercano, sino también los mismos profesionales (Campo-Arias y Herazo, 2013) cuando no validan las sensaciones o experiencias de quienes están sufriendo. Todo esto representa una vulneración a los derechos de las personas, convirtiéndose en un estresor más, que influirá en la aceptación del diagnóstico del sufrimiento mental, lo que invita a ocultarlo, (Campo-Arias y Herazo, 2013), aislarse aún más de la sociedad y recaer en sus malestares, vulnerándose el derecho a vivir en comunidad (art. 19 CDPC).

Al igual que los hospitales psiquiátricos, donde las personas pueden pasar institucionalizado gran parte de su vida, existen otros lugares, que no necesariamente implican tener un sufrimiento mental para ingresar a la institución, pero en los que ocurre la misma situación de exclusión y responde a nuestra cultura de optar por la institucionalización. Esto es el caso de algunos establecimientos de largas estadías para adultos mayores (ELEAM), mal llamados “hogares de reposo” o “asilo de ancianos”. En algunos de estos establecimientos, sucede que muchos adultos mayores son dejados en el lugar, porque el cuidado que requieren empieza a ser una problemática: existe sobrecarga física y emocional en los familiares; falta de tiempo para dedicar dichos cuidados, escasez de recursos y estrategias de cuidado, entre otras razones que apuntan a estos establecimientos como una buena opción (Retamal-Matus, Aguilar, Aguilar, González, Valenzano, 2015). Sin embargo, dentro del lugar no siempre se brindan los cuidados necesarios, lo que se agrava por el desligue de la familia que suscita que los y las adultos

mayores queden abandonados/as, que manifiesta una forma de violencia (Lathrop, 2009), de exclusión y de vulneración distintos derecho. Esto ocurre en gran parte porque aún permanecen en nuestra sociedad modelos de prescindencia, dónde la solución es marginar a lo que está siendo problemático, y sin utilidad, (Velarde, 2012)

Nuestra disciplina, desde una perspectiva social, considera la importancia del respeto de los derechos humanos de las personas en las prácticas. Consideramos que estamos constantemente siendo producidos en las ocupaciones, que la ocupación es persona y el sujeto es en la ocupación (Guajardo, 2014). Por tanto, en el contexto de institucionalización, todas las normas impuestas, el entorno físico (colores, ruidos, implementos, vestimentas), el personal y todo lo que implica pertenecer a una institución “sometidos a actividades poco significativas, vacías y carentes de sentido que se convierten en alienantes” (Moruno, y Fernández, 2012, 48), generan que las personas construyan sus propias identidades y subjetividades en relación a esta realidad establecida. Es en consecuencia de esto, que la terapia ocupacional puede facilitar y ser una instancia que favorezca la desinstitucionalización de estas personas, por medio de ocupaciones colectivas y significativas que promuevan un vínculo funcional, social y cultural, y por consiguiente, una inclusión y acceso a los derechos humanos.

El rol del/la terapeuta será el de validar la historia y experiencias de las personas dentro y fuera de estos contextos, reconocer sus resiliencias y estrategias de soportar y sobrevivir las circunstancias difíciles (Galheigo, 2007), importante puesto que muchos de ellos/as mismos/as se autodenominan como sobrevivientes a la institucionalización. Será importante conocer sus diagnósticos, que posiblemente sea hayan transformado en parte de la identidad de estos sujetos, y que nos permitirá reconocer los estigmas y discriminación que tendrán que enfrentar en la sociedad, cuando intenten participar y ejercer sus derechos. Es importante la no reproducción de estos prejuicios, y de los estereotipos que están normalizados en la sociedad.

Para esto, el/la terapeuta ocupacional facilitará instancias donde se ofrezcan oportunidades y fomenten la exploración y participación de distintas ocupaciones que permitan la toma de conciencia de que son actores sociales, y que son capaces de resignificar su propio concepto y vida cotidiana, comprendiendo que una persona es mucho más que un solo diagnóstico. Es por esto que proponemos al/la profesional como articulador social (Galheigo, 2007), en donde fomentará el fortalecimiento de vínculos sociales y culturales (considerando que estas personas han pasado años sin participar en la sociedad como ciudadanos que ejercen derechos) para en conjunto, encontrar sentido y pertenencia, para promover la justicia e igualdad (Blanco y Rodríguez, 2012). El construir este tejido social corresponde a una estrategia difícil debido a los constantes prejuicios y desigualdades, siendo además personas que no tienen un referente de cómo formar lazos de tipo funcional, social y cultura (Barros, 1998) debido a la exclusión, privación y alienación que produjo la institucionalización.

En relación a lo anterior, el/la terapeuta ocupacional fomentará la vinculación con redes de apoyo dentro de la comunidad del sujeto. Es importante que esto se lleve a cabo sin seguir perpetuando el abandono, a través de estrategias como el acompañamiento terapéutico donde el terapeuta se ofrece como referente de orientación de “formas de actuar”, ayudando a visibilizar las capacidades y habilidades de la persona, orientando en el espacio social, interviniendo en las relaciones familiares y sociales (Mauer y Resnizky, 2004), entre otras cosas; y la derivación asistida, donde la persona tiene un referente, forma un vínculo de confianza previo con una persona, que le asegura, de alguna forma, que estará acompañada, que no está sola en el proceso, que hay alguien a quien recurrir.

Por último, destacamos la importancia de reparación de proyectos vitales a través de la ocupación (Gujardo y Simó Algado, 2010), de indagar en el proyecto de vida, en sus deseos, necesidades, proyecciones. Estas personas vivieron aisladas, donde no tenía que estar preocupadas de dónde vivir, qué comer, qué vestir, qué hacer o no hacer, pues alguien lo decidía por ellos/as. Una vez “egresadas”, los procesos de toma de conciencia de ellos/as como actores sociales, favorecen que puedan definir, planificar, pensar que quieren hacer

con sus vidas, que esperan de ellas en unos años más, y en relación a esto proponer metas, que posiblemente implicarán conseguir trabajo, vivienda, participar en grupos, etc.

Una forma de potenciar estos proyectos de vida es por medio de la exploración de la creatividad colectiva. Bang (2014) profundiza en la creatividad como una herramienta transformadora, liberadora y subjetivante, y por lo tanto, emancipadora, que se expresa a partir de las interacciones entre la historia y los contextos que nos envuelven. La autora describe que la creatividad es siempre actividad, pero no toda actividad es creadora, ya que la creatividad conduce a producir un cambio, transformar las experiencias pasadas, para mejorar una situación. Al contrario de esto, hay actividades no creadoras, como lo son las rutinas, que si bien son necesarias, se corre el riesgo de fijar estereotipos y tendencias. Considerando las instituciones psiquiátricas como contextos que limitan la creatividad, y perpetúan estereotipos y tendencias, la terapia ocupacional encuentra en esto una importante estrategia de intervención. Promover la creatividad colectiva por medio de ocupaciones significativas que permitan el explorar, conocer, e indagar de forma creativa, y desde ellos y ellas, nuevas formas de vivir la cotidianidad y criticar la vida cotidiana, teniendo en consideración que se trata de personas cuyos interés y motivaciones se vieron opacadas por la institución. Además que permitan la constante relación con otras personas, considerando que la singularidad de cada individuo, surge a partir de la interacción con otras singularidades que al estar-en-común se puede problematizar distintas situaciones existentes y proponer, desde los mismos usuarios, las posibilidades y formas de generar ese cambio.

CONCLUSIÓN

Chile es un país que si bien ha propuesto nuevas estrategias para evitar la institucionalización, aún existen distintas limitantes que impiden este proceso. Creemos importante no olvidar la historia que hemos vivido a nivel nacional y los distintos paradigmas que condujeron a la institucionalización, pero con una debida reflexión y

tensionando aspectos que hoy resultan perjudiciales para las personas, para poder comprender el cómo cambiarlo. Por esto, es urgente crear legislaciones que promuevan el respeto de los derechos humanos, que fomente la atención preventiva desde un modelo comunitario, derribando las barreras que crean exclusión social, privación ocupacional, y alienación, convirtiéndonos en una justa y digna sociedad inclusiva.

Consideremos que nuestro país está en proceso de reformulación y resignificación del concepto de “persona con sufrimiento mental” que es importante de valorar, como los esfuerzos por promover una inclusión a nivel de sociedad a través de la implementación del modelo comunitario de salud, pero también es un llamado a que no nos quedemos con el hecho, que hay muchas aspectos aún por mejorar y que para que este cambio sea profundo, requiere del aporte no solo de la legislación, sino también de la sociedad civil. Partiendo desde los presupuestos otorgados para la salud mental, hasta la práctica y el discurso de los profesionales y de las personas articulados en la intersectorialidad, en torno a un paradigma que respete la diversidad, y por ende, otorgue apoyos y servicios a todo/as, no sólo por su necesidades, sino también por ejercer sus derechos. Esperamos que se generen más estrategias comunitarias concretas que aporten con un espacio de transición para el acercamiento a la comunidad, y de esa forma, promover el sentido de identidad y pertenencia, para la transformación social.

El factor cultural, es trascendental. La cultura de medicalización e institucionalización de los problemas sociales, debe ir cambiando y entender la importancia de en primer lugar, lo que es la salud mental más allá del diagnóstico, y en segundo lugar, la importancia de la vida en comunidad y el estar-en-común como la principal estrategia protector de la salud mental. Entendemos que hay condiciones sociales y económicas que nos dominan y generar injusticias en cuanto a las distintas elecciones y opciones ocupacionales, sin embargo, en la cotidianidad, tenemos el deber de ir generando cambios, ofrecer oportunidades, cambiar nuestro lenguaje, dejar prejuicios y estigmas, generar espacio de participación inclusivos, etc. reconociendo que los cambios también comienzan con una misma.

La terapia ocupacional como disciplina que releva los derechos humanos, y la producción del sujeto en la ocupación, puede ser una oportunidad para que, desde su posición en la sociedad y articulados con un equipo multidisciplinario, favorezca la desinstitucionalización. La intervención en la cotidianidad de la persona es una particularidad que permite realizar una intervención basada en ocupaciones significativas y con sentido, como forma de que los sujetos generen una transformación social de su realidad, siendo este nuestro sello distintivo. Somos conscientes de las limitaciones de intervenir en centros con un modelo comunitario aún deficiente, sin profesionales formados con este enfoque, sumado al daño generado a nivel subjetivo debido a las largas trayectorias de institucionalización. De todos modos, nuestra responsabilidad política frente a los cambios en la sociedad, abre las puertas para indagar y profundizar en una intervención que promueva el acceso a los derechos, en aquellos/as que han sido privadas y excluidas.

Creemos importante la necesidad de sistematizar prácticas de terapia ocupacional enfocadas en acompañar el proceso de desinstitucionalización tanto a nivel de políticas públicas como también de intervención comunitaria con los mismos (ex)usuarios, como una forma de indagar y profundizar en el conocimiento acerca de las estrategias comunitarias y su aporte en el proceso de fortalecimiento de aquellas personas que vivieron durante largos años en contextos de institucionalización.

REFERENCIAS

- Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Individuo y sociedad*. 13 (2), 109-120
- Blanco, G.; Rodríguez, V. (2012). Cambios sociales y terapia ocupacional. Rol del terapeuta ocupacional en contextos contemporáneos *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 9, (5) 190-205
- Campo-Arias, A.; Herazo, E. (2013). Estigma, prejuicio y discriminación en salud mental. *Revista ciencias biomédicas*, 4(1): 9-10. Recuperado de <http://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cienciasbiomedicas/article/view/1132/1042>
- Chuaqui, J. (2015). *Institucionalización Psiquiátrica: el caso de los Hogares Protegidos de la Región de Valparaíso, Chile*. Recuperado de http://www.schilesaludmental.cl/wp/wp-content/uploads/2015/11/09-trabajo_investigaci%C3%B3n_institucionalidad_psiqui%C3%A1trica_hogares_protegidos_valpara%C3%ADso.pdf
- Colectivo loco por nuestros derechos. (2015). *Manual de derechos en salud mental*. Escuela de salud pública Salvador Allende. Recuperado de <https://primeravocal.org/wp-content/uploads/2015/09/Manual-de-Derechos-en-Salud-mental.pdf>
- Custos, E. (2008). *Salud Mental y ciudadanía*. Buenos aires, Argentina: Espacio editorial
- Errázuriz, P.; Valdés, C.; Vöhringer, P.; Calvo, E. (2015). Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente. *Revista Médica de Chile*, 143, (9), 1179-1186.
- Galehigo, S. (2007). Terapia ocupacional en el ámbito social. En Kronenberg, F., Simó Algado, S., Pollard, N. *Terapia Ocupacional Sin Fronteras*. Editorial Médica Panamericana.

- Galheigo, S. (2012) Perspectiva crítica y compleja de terapia ocupacional: actividad, cotidiano, diversidad, justicia social y compromiso ético político. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 9 (5), 176-187.
- Gimenez, C.; Valente, X., (2010). El enfoque de los derechos humanos en las políticas públicas: ideas para un debate en ciernes. *Cuadernos del CENDES*, 27 (74), 51-80
- González, R. (2010). *Fármacos psiquiátricos, y sus efectos colaterales*. Recuperado de <http://www.medicosconscientes.net/pdf/farmacos%20y%20tratamiento%20para%20otrastornos%20psiquiatricos.pdf>
- Guajardo, A. (2014) Una terapia ocupacional crítica como posibilidad. En Santos, V., Donatti Gallas, A., *Questões contemporânea da Terapia Ocupacional na América do Sul*. Brasil: Editora CRV
- Guajardo, A.; Simó Algado, S. (2010) Una terapia ocupacional basada en los derechos humanos. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 7(12), 1-25.
- Lathrop, F. (2009). Protección jurídica de los adultos mayores en Chile. *Revista chilena de derecho*, 36(1), 77-113. DOI: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-34372009000100005>
- Mackler, D. (2016). *Dejando las drogas psiquiátricas: un encuentro de mentes*. [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=kFi38QpwGBo>
- Mauer, S.; Resnizky, S. (2004). *Acompañantes Terapéuticos. Actualización teórico-clínica*. Argentina: Letra Viva
- Mental Disability Rights International. (2007). *Vidas Arrasadas La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre derechos humanos y salud mental en Argentina*. Recuperado de http://www.cels.org.ar/common/documentos/mdri_cels.pdf
- Ministerio de Salud [Chile]. (2010). *Estrategia Nacional de Salud 2011-2020: Elige vivir sano*. Gobierno de Chile. Recuperado de <http://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
- Minoletti, A.; Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencias. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18 (4/5). 346-358.

- Moruno, P.; Fernandez, P. (2012). Análisis teórico de los conceptos de privación, alienación y justicia ocupacional. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*. 9, (5), 44-68.
- OMS. (2007). *Centro de prensa: Los servicios comunitarios de salud mental reducirán la exclusión social, afirma la OMS*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2007/np25/es/>
- ONU. (2008). *Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad*. Recuperado de <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Pino, J.; Ceballos, M.; Sepúlveda, R. (2015). Terapia Ocupacional Comunitaria Crítica: diálogos y reflexiones para iniciar una propuesta colectiva. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 12 (22), 1-20
- Retamal-Matus, H.; Aguilar, L.; Aguilar, M.; González, R.; Valenzano, S. (2015). Factores que influyen en la sobrecarga de los cuidadores de adultos mayores en dos instituciones de la ciudad de Punta Arenas, Chile. *Psicogeriatría* 5 (3): 119-124
Recuperado de https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0503/503_0119_0124.pdf
- Valarde, V. (2011). Los modelos de la discapacidad: un recorrido histórico. Recuperado de <http://dadun.unav.edu/bitstream/10171/29153/1/REYH%2015-1-12Velarde%20Lizama.pdf>