



El lazo social como instrumento terapéutico: un abordaje desde la experiencia de un dispositivo de atención en salud mental comunitaria de la ciudad de Cali

Daniela Serna Casas

Asesor de investigación

Omar Bravo

Universidad Icesi

Programa de Psicología

Santiago de Cali

2020

Introducción

El presente trabajo nace de una preocupación e interés respecto al lugar que han ocupado las personas diagnosticadas con algún trastorno mental, sobre todo, aquellas donde este es grave y de larga evolución, en nuestras instituciones y sociedad en general. Lo que la historia nos ha mostrado, es que estas han sido constantemente rechazadas y segregadas, debido a la representación que se ha construido sobre el concepto de enfermedad mental, que ha sido usualmente asociado a aspectos como peligrosidad, violencia, pérdida de la razón e incluso discapacidad mental. Dichas representaciones no solo hacen parte del sentido común de los miembros de la sociedad, sino que incluso, aparecen en los discursos y prácticas de los entes, que se supone, son los encargados de velar por el bienestar de estas personas lo que, como consecuencia, ha limitado el entendimiento e intervención posible a estas problemáticas, reduciéndose a perspectivas y métodos de la psiquiatría tradicional, ubicando la medicación y reclusión como mecanismos regulares de tratamiento. Esto genera falta de efectividad para los supuestos propósitos y responsabilidades de las instituciones, que implican al tratarse de seres humanos, de vinculación a los espacios de recreación, educación, trabajo, participación en los generales y particulares vehículos y procesos de realización personal, que permiten el reconocimiento y autodeterminación para sabernos como individuos capaces y funcionales.

Sin embargo, es pertinente resaltar que, desde finales del siglo pasado, se han desarrollado nuevas conceptualizaciones sobre la forma de abordar el estudio de la salud mental, que han favorecido la aparición de nuevas perspectivas, enfoques, métodos y resultados que se conciben más adecuados y efectivos, en una realidad de vida como seres sociales y autónomos. Nuevas teorías y prácticas que sitúan al sujeto en un lugar de agente, de reconocimiento del otro y de sí mismo, potencializando un desarrollo más acorde a sus capacidades, a los caminos

alternos y posibles para lograr las tareas de la vida diaria, el cubrimiento de los cuidados personales y el esparcimiento social, como factores principales para la autodeterminación.

Estas transformaciones se inscriben en el campo de la salud mental y buscan posibilitar a los pacientes encontrar una mejor calidad de vida, reducir su sufrimiento psíquico, forjar autonomía y hacerse cargo de su entorno. Las mismas se ven reflejadas en la práctica de un grupo de salud mental comunitaria, de la ciudad de Santiago de Cali, el cual tuvimos la posibilidad de observar de cerca, en el marco del curso Psicología Clínica y de la Salud, lo que acrecentó nuestro interés por comprender cómo el lugar que este reciente modelo en salud mental le da a los pacientes impacta el curso de su enfermedad, sus posibilidades en la vida social y la manera de representarse a sí mismo y a los demás.

El mencionado grupo, el cual nace en el oriente de la ciudad hace aproximadamente 23 años, tiene una particularidad que es importante resaltar: hace partícipes a pacientes y familiares de la comunidad de los mecanismos terapéuticos que buscan ayudar a personas con diagnósticos diversos en trastornos mentales y del desarrollo, y de bajos recursos económicos, que han encontrado poco apoyo de parte del Estado, reflejado en sus condiciones financieras, laborales, educativas y atención médica insuficientes, y por otra parte, poca efectividad en los tratamientos continuos y eventuales que las instituciones designadas en salud mental les han brindado; encontrando finalmente en Iris Martínez, quien es la persona que está a cargo de este grupo, alguien quien se prestó a disposición de sus necesidades, abriendo su casa para el desarrollo de actividades y el diligenciamiento por su propio interés y esfuerzo, de nuevos espacios y accesos tanto médicos como recreativos, una nueva forma de relacionarse y hacerse un lugar en la vida social. Del mismo modo, esta persona les da un lugar importante a algunos de los familiares de estos pacientes, quienes al vincularse con los servicios que ofrece este grupo, pasan de la

informalidad y la exclusión a ser reconocidos como parte fundamental del funcionamiento de este.

Fenómenos sociales como el impacto de la labor aislada de Doña Iris, son fundamentales para ir construyendo un nuevo paradigma inducido y aplicado por las instituciones a cargo de la salud mental, perspectivas que deben ir demostrando su efectividad, por lo que veremos en esta investigación cuáles son los mecanismos implementados y los resultados que el ejercicio de este grupo les brinda a sus participantes y a la comunidad científica y académica como posibilidad de aplicación.

Por lo tanto, esta investigación tiene como objetivo general:

- Identificar las características particulares del modelo de atención en salud mental comunitaria implementado por la Asociación de Familiares y Pacientes con Enfermedad Mental (ASFAPEM) de la ciudad de Cali y sus efectos en la salud mental de los pacientes.

Los objetivos específicos son

- 1) analizar las formas de funcionamiento y dinámicas relacionales de los integrantes de ASFAPEM
- 2) comprender cómo los pacientes significan su experiencia y participación en ASFAPEM
- 3) Identificar cuál ha sido el progreso social y personal de los pacientes a partir de su experiencia en ASFAPEM.

Estado del arte

A continuación, revisaremos algunas investigaciones pertinentes al campo de la salud mental y las posturas recientes en relación a los métodos de tratamiento y los modelos de atención; se trata de investigaciones realizadas en las últimas dos décadas, que principalmente se han enfocado en pacientes con trastornos mentales graves, en el análisis a los métodos de tratamiento convencionales y, se ha enfatizado en las respuestas y posibles mejoras por parte de los sujetos a nuevos métodos y teorías, que desafortunadamente han sido poco valorados, lo que se refleja en políticas que no consideran la salud mental en un enfoque psicosocial y comunitario. La presente revisión de la literatura nos muestra las repercusiones prácticas de este cambio de paradigma que llevó a los profesionales a pensarse una atención en la que sí cabe el sujeto y sus cuidadores, en la que sus capacidades y potencialidades importan más que el silenciamiento de sus síntomas, en la que su discurso pasó a tener un lugar importante, en definitiva, una práctica más humanizada.

Robles, Medina, Páez y Becerra (2010) evaluaron la funcionalidad, discapacidad y estado de salud de pacientes que se encontraban asilados en el centro de Atención Integral en Salud Mental de Estancia Prolongada (CAISAME–EP) del Instituto Jalisciense de Salud Mental (SALME), quienes fueron diagnosticados con un trastorno mental grave y persistente. Se contó con una muestra de 205 usuarios, quienes constituían el total de pacientes hospitalizados de los pabellones de “estancia permanente”.

Los investigadores encontraron que:

La mayoría de los usuarios obtuvo entre 31 y 40 de puntuación en la EEAG (n=54, 26.3%); el área de mayor deterioro en actividades de la vida cotidiana (PHVC) es la relativa al contacto social interpersonal, seguida de la de autocuidado; y los dominios del

AP-LC-CIF con mayor disfunción son: vida comunitaria, social y cívica; vida doméstica; interacciones y relaciones interpersonales y áreas principales de la vida (P.71).

Es por esto que, a manera de conclusión, los autores destacan la necesidad de implementar políticas y programas de atención en salud mental comunitaria, pues “poco más del 60% de los pacientes asilados en la institución es teóricamente susceptible de ser tratado en escenarios comunitarios de moderada a poca supervisión y no hay razón que justifique que vivan en un hospital psiquiátrico” (p.72). Además, para quienes presentan lo que ellos llaman “una disfunción intensa”, se propone que “éstos sean canalizados a instituciones apropiadas para su cuidado, más bien «casas hogar» que hospitales psiquiátricos” (p.73). Por lo tanto, esta investigación se constituye como evidencia valiosa que nos muestra el fracaso de las instituciones asilares, pues el aislamiento que supone la hospitalización tiene efectos nocivos en aspectos como la funcionalidad y la discapacidad, variables abordadas por esta investigación, por lo que, se plantea la urgencia de la implementación de modelos comunitarios que se han mostrado eficaces en el mejoramiento de la salud mental de los sujetos.

Tal es el caso del estudio realizado por Contreras y Navarro (2008), el cual analiza las intervenciones realizadas desde el programa «Programa de Integración Social y Apoyo Comunitario de personas con enfermedad mental» (PRIS), con el propósito de “valorar su funcionamiento y posibles resultados” (p. 461), por lo que se propone 2 objetivos: por un lado, ofrecer una descripción del perfil de los usuarios del programa, los niveles de satisfacción con la atención y el apoyo percibido, las necesidades psicosociales y el uso de recursos asociados a la patología, la calidad de vida y el deterioro o discapacidad (p. 461) y por otro, “evaluar el cambio conseguido tras la intervención del programa, en una parte de las medidas estudiadas (deterioro y funcionamiento psicosocial)” (p.461). Se contó con una muestra

de 89 sujetos, los cuales han sido diagnosticados con un trastorno mental grave y de larga evolución, quienes viven en la comunidad y son atendidos en la red castellano-manchega.

En términos generales se encontró que “en el área de habilidades y destrezas los problemas están cubiertos en menor frecuencia que en la sección clínica, demostrándose esta área como más deficitaria en el perfil de necesidad de los pacientes estudiados” (p. 469), lo que demuestra que el poder generar cambios respecto a la funcionalidad del sujeto representa un gran reto para el campo de la salud mental, aun a pesar de su intento de transformar la atención en una práctica no solo dirigida a la disminución de la sintomatología, sino también al mejoramiento de las capacidades del sujeto. No obstante, “en el área de soportes se encuentran los mayores problemas y están menos cubiertos que los síntomas clínicos y las habilidades” (p.469), lo cual, según los autores, está relacionado con la ausencia de redes de apoyo que, según la literatura, son parte fundamental en el proceso de recuperación de las personas con trastornos mentales. Por otro lado, en cuanto al deterioro psicosocial, se encontró que “el cambio producido por la intervención es estadísticamente significativo en todas las áreas de funcionamiento, reduciéndose el grado de discapacidad asociada a cada área” (p.473). Finalmente, en opinión de los pacientes, “50% de los casos opinaba que la eficacia de la intervención para resolver sus problemas personales había sido satisfactoria o excelente, y nadie opinaba que había sido insatisfactoria” (p.472). En cuanto a los cuidadores, “93% de ellos valoró positivamente la utilidad de la intervención para mejorar la convivencia” (p.472). Esto se constituye como evidencia de la efectividad de este tipo de programas en cuanto a la reducción de los efectos negativos, tanto para el sujeto como para sus cuidadores, relacionados con la enfermedad. Sin embargo, queda demostrada la necesidad de seguir trabajando en el área de habilidades y destrezas, así como en el área de soportes, al ser aquellas donde los problemas se encuentran menos cubiertos.

El modelo comunitario también ha mostrado ser útil para la reducción de ingresos hospitalarios y urgencias de pacientes con trastorno mental grave, de acuerdo con el estudio realizado por López-Santiago, Blas y Gómez (2012), quienes evaluaron en su investigación la efectividad del Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario de Albacete (España), para lo cual se eligió una muestra de 55 pacientes, que fueron atendidos por el programa en un periodo de tiempo de entre 12 y 61 meses. Estos fueron divididos en dos grupos de acuerdo al tiempo de permanencia en el programa: 12 y 36 meses. Para ambos se midieron las siguientes variables: número total de ingresos, número de urgencias psiquiátricas y número de días que permanecieron ingresados, antes y después de ser atendidos en el PTAC. Los resultados fueron los siguientes: en cuanto al grupo de 12 meses, el número de ingresos se redujo significativamente, pasando de 83, a tan solo 28; el número de días de ingreso se disminuyó de 1.494 a 252, y el número de urgencias pasó de 66 a 12. Con relación al grupo de 36 meses, el número de ingresos pasó de 116 a 49; el número de días de ingresos se redujo de 2.171 a 643, y el número de urgencias disminuyó de 105 a 13. De acuerdo con los investigadores, el éxito de este programa parece estar relacionado con “una atención más intensiva, integral, comunitaria y centrada en las necesidades del paciente” (p.7), a diferencia del tratamiento bajo un modelo ambulatorio en el que se basaba el tratamiento previo de los pacientes, que, según ellos, “es el paciente el que tiene que adaptarse a las características del dispositivo” (p.6-7). Por lo tanto, esto muestra la necesidad de los pacientes de recibir una atención integral que logre satisfacer las complejas necesidades que presentan las personas con este tipo de trastornos, teniendo en cuenta las limitaciones que este supone y que puede desencadenar momentos de crisis o situaciones en las que es imperiosa la necesidad de apoyo social, casos que son resueltos, en muchas ocasiones, por este tipo de dispositivos, sin necesidad de recurrir a la hospitalización.

Por otra parte las necesidades que surgen o son potenciadas por el padecimiento de trastornos mentales graves pueden verse más claramente en una investigación realizada por Guillén y Muñoz (2011) cuyo objetivo era “evaluar las necesidades de personas con enfermedad mental grave que viven en la comunidad así como las necesidades de sus cuidadores familiares, e identificar las variables asociadas con las necesidades” (p. 15); en una muestra de 95 personas, un 55.2% de los participantes referían diagnóstico de esquizofrenia, un 11.5% de depresión, un 8.3% de trastorno bipolar, un 7.3% de trastorno de personalidad y un 3.1% referían otros diagnósticos y un 14.6% de los participantes desconocían o no respondieron a esta pregunta. Fueron seleccionadas aleatoriamente en doce centros de la Red de Recursos de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y prolongada de la Comunidad de Madrid. Se les aplicó el Cuestionario de evaluación de necesidades de Camberwell (CAN) (Phelan et al., 1995), versión española de Jiménez, Moreno, Rodríguez, y Torres (1995), encontrando que el incremento en el número de necesidades en las personas con enfermedad mental se asocia con ciertas variables de salud y de funcionalidad (menor funcionamiento global, mayor discapacidad, y peor estado de salud percibida) y sociodemográficas (mayor edad, no desempeñar actividad profesional ni pre-profesional, menor nivel educativo, no convivir con familiares, y proceder de recursos residenciales). En conclusión, logramos percibir que esta investigación ofrece datos específicos sobre las necesidades que suelen ser difíciles de satisfacer en esta población, causadas por el avance de los síntomas como también por variables entorno a la vida social, en contextos en los que tanto el Estado, los profesionales en salud mental y la comunidad (a la que se pertenezca) deben brindar las herramientas posibles y necesarias para que se potencialice la participación de personas con trastornos mentales graves en la vida social.

Farriols et al. (2006) realizaron una investigación en donde muestran la importancia de la intervención psicosocial, constituida por terapia familiar psicoeducativa, la psicoterapia de orientación dinámica, las terapias cognitivo-conductuales (como por ejemplo el entrenamiento en habilidades sociales), la psicoeducación de los pacientes, etc., para mejorar la calidad de vida y reducir los síntomas, planteando como objetivo investigativo “determinar la efectividad de un programa de Intervención Psicosocial (IP) sobre la reducción de recaídas y el aumento de la calidad de vida de un grupo de pacientes psicóticos crónicos.” (p.171), integrando una muestra de 40 pacientes psicóticos con una edad promedio de 35 años, a los que se les dividió en 2 grupos de 20, donde ambos grupos recibían el tratamiento psiquiátrico convencional en el centro de salud mental, con la diferencia de que uno de los grupos recibió intervención psicosocial a nivel individual, grupal y familiar, dando como resultado disminuciones significativas en recaídas o reingresos psiquiátricos, mejoras en las relaciones interpersonales y la satisfacción personal, demostrando un importante avance en la calidad de vida de los pacientes, lo que nos permite ver como el implementar, paralelo a la intervención psiquiátrica, intervenciones psicosociales, conformadas tanto por otros ejercicios terapéuticos como la vinculación de la vida misma del paciente, dando lugar a su subjetividad, su entorno familiar e interpersonal y el continuo fortalecimiento de habilidades sociales, permiten ofrecer a la persona afectada por un trastorno mental grave una calidad de vida más digna y funcional.

Desde una perspectiva de discapacidad, Victoria (2013) ha realizado una investigación en la que ubica la discapacidad como una construcción social, una conclusión hecha a partir del modelo de discapacidad social, el cual habla de la búsqueda de una cultura en donde la diferencia, la diversidad, sea un factor social elemental, brindando a personas con deficiencias cognitivas y/o físicas tanto una cercanía mayor con su comunidad, en los espacios de diálogo, de

interacción, recreación y contribución a la vida cotidiana y el desarrollo de la civilización, como también accesibilidad a los espacios físicos y educativos, limitando y reduciendo dicha etiqueta de discapacidad por medio de la posibilidad de funcionar con la sociedad, ya que esta les daría el lugar adecuado según su diferenciación.

Es bajo este modelo de discapacidad social, que Cruz et al. (2011) realizan una investigación cualitativa que busca

el entendimiento y definición de los apoyos que requiere una persona con enfermedad mental para desarrollar una vida libremente autodeterminada (...) Se realizaron entrevistas individuales semi-estructuradas a personas entre los 18 y 65 años de edad, quienes padecían de un trastorno psicótico con una evolución no inferior a los dos años (p. 17).

Esta investigación dio como resultado dos categorías entendidas como construcciones mentales globales: 1) dependencia y 2) estilo de cuidado, donde la primera hace referencia a la necesidad de apoyo o cooperación para la realización de actividades de la vida diaria y la segunda a factores más aplicados a la enfermería, el requerimiento de un auxilio para llevar a cabo cuidados personales, referentes a la salud que se ve comprometida por el mismo trastorno y su deterioro o por la incapacidad que genera dicho trastorno para completar el cuidado personal.

Finalmente se logra percibir que la sociedad ha depositado el cuidado y apoyo a la realización personal de esta población en manos de lo privado e individual, entorpeciendo la inclusión a la vida diaria, a los círculos y ciclos de la sociedad y la comunidad a la que se pertenece, descargando la excesiva responsabilidad que llevan los cuidadores para así proteger de la exclusión tanto a quien se ve obligado a asistir constantemente a quien está a su cargo y a

su vez, posibilitar al sujeto afectado asociarse, construir autonomía y una autodeterminación que le puede ser forjada con el apoyo de las diferentes capas socioculturales.

Esta falta de tejido interactivo entre los diferentes participantes sociales, se puede ver en la investigación realizada por Tisera y Moreno (2007) cuyo objetivo fue

explorar la relación de las prácticas y saberes sobre desinstitucionalización planteadas en el Plan de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires y enunciadas de la Ley 448 en el área de rehabilitación de un hospital monovalente de salud mental (p. 190).

En la misma se indica que, aunque las normativas establezcan objetivos y dispositivos para llevar a cabo un tratamiento más ligado a las verdaderas y posibles necesidades de los usuarios, estos no se perciben en los resultados de los pacientes, por la misma falta de algunos dispositivos enmarcados en la ley y por la discordancia con los propósitos y métodos de las instituciones a cargo, evitando que se construya una red comunitaria donde las personas con trastornos o deficiencias cognitivas puedan integrarse a la vida cotidiana, haciendo valer sus derechos y obligaciones como ciudadanos hasta donde su capacidad real lo permita. Implementar las teorías construidas y las normativas de gobierno sustentadas en estas, es claramente una tarea compleja que debe ir avanzando, dando a conocer estas problemáticas sociales y a su vez el desarrollo y resultados de investigaciones en materia de salud mental, como también de situaciones aisladas que den cuenta de nuevas formas de tratar y concebir al paciente y ciudadano, para así lograr los objetivos en favor de la dignidad humana.

Por otro lado, en el estudio realizado por Saavedra (2009), el cual tiene como objetivo explorar los cambios a nivel cualitativo en la narrativa de vida de sujetos diagnosticados con esquizofrenia paranoica quienes recibían tratamiento de recuperación en hogares de cuidados especiales, podemos constatar la importancia de ofrecer a los pacientes con trastornos mentales

la posibilidad de habitar espacios que les permitan ampliar sus redes de apoyo y que, además, se constituyen como lugares con unas dinámicas particulares de integración comunitaria, que demandan unas capacidades y disposiciones distintas por parte de los sujetos. Este fue llevado a cabo con una muestra de 10 pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoica, los cuales fueron divididos en dos grupos de acuerdo al tiempo de residencia en estos hogares, grupo 1: 3 meses de estadía y grupo 2: 61.4 meses de estadía. Se obtuvieron 13 entrevistas, las cuales fueron analizadas alrededor de dos temas: la experiencia de la enfermedad y las relaciones personales.

Al evaluar las narrativas proporcionadas por los pacientes, se encontró que: en cuanto a la experiencia de la enfermedad, los pacientes del segundo grupo lograron describirla de manera más convincente que los del primer grupo, además de hacer menos referencias a la enfermedad durante la entrevista. Por otro lado, en los pacientes del grupo 2 se evidenció una posición más reflexiva y la construcción de un yo más fuerte y estable [“a strong and stable self”] (p.181), como también, una narración coherente, con valiosos recursos lingüísticos; mientras que los del grupo 1, los autores afirman que: “although they try to find some meaning, they do not manage to do so in a coherent and communicable manner” (p.181), [aunque tratan de encontrar algún sentido/significado, no logran hacerlo de una manera coherente y comunicable]. Esto demuestra que la mejoría que ha supuesto el discurso de los pacientes de larga estadía, el cuidado proveído en dichos hogares especiales, que también ha posibilitado que estos construyan más categorías que aluden a las relaciones personales y sus narrativas están cargadas de elementos que pueden ser más fácilmente compartidos con la comunidad. Así, los autores concluyen que, los hogares proporcionan a los pacientes un importante apoyo emocional [“the homes provide patients with important emotional support”] (p.182), espacio que les ha permitido de alguna

manera reconstruirse y hacerse a una nueva red social, con la que comparten significados y que, gracias a la interacción constante con el personal profesional, les permiten enriquecer sus posibilidades narrativas, al escuchar historias contadas por estos que hacen referencia a situaciones que fueron experimentadas por los mismos pacientes.

Vemos como el dar lugar a la palabra del sujeto es vital para reconocerse a sí mismo y a los demás, hilándose en un tejido social, que se puede enhebrar de diversas formas, como por ejemplo en la siguiente investigación, realizada por Cazorla (2014) que tiene como objetivo “...conocer y comprender la opinión de las personas diagnosticadas con un trastorno mental respecto al papel que las relaciones sociales y la profesión del Trabajo Social guardan con los procesos de integración y normalización de este colectivo” (p.166); aquí la muestra consistió en dos grupos de discusión con ocho personas con diagnóstico de trastorno mental, vinculadas a la Asociación EMILIA Barcelona, en donde se grabaron y transcribieron posteriormente las discusiones y entrevistas realizadas, documentos que al ser analizados esbozaron cinco dimensiones/variables: Participación en los procesos, Normalización, Estigma, Redes Sociales y Relación del Trabajador Social en los procesos de integración y participación.

Estas dimensiones resultan ser las variables principales a tener en cuenta, según los sujetos y su relación con los profesionales en Trabajo social, manifestando a grandes rasgos la importancia del cambio de paradigma de la psiquiatría, y permitiendo la participación de las personas diagnosticadas con un trastorno mental en el ámbito de la Salud Mental (participación en los procesos). Seguidamente la importancia de una relación más realista de las capacidades y oportunidades en el tejido social de esta población (normalización), deconstrucción de los prejuicios y suposiciones sobre la interacción con personas con diversidad mental (estigma), un lugar que posibilite la relación con la sociedad, produciendo vivencias en donde se generen tanto

experiencias y lazos afectivos, dando un lugar correspondiente al de un ser humano en sociedad como cualquiera (redes sociales) y la importancia de profesionales que den respuestas adecuadas a las necesidades de los individuos (relación del trabajador social en los procesos de integración y participación). Este análisis deja ver cómo se pueden esclarecer objetivos centrales, a trabajar con pacientes con trastornos mentales, sin dejar de lado los factores esenciales de la vida en sociedad y el trabajo necesario de los sujetos diagnosticados y de la sociedad en general para lograr una calidad de vida óptima dentro de la diversidad mental.

En este marco de darle un lugar a la palabra del paciente y sus cuidadores, Wagner, Runte, Torres-González y King (2011) realizaron una investigación con el objetivo de “conocer la percepción de las personas que sufren esquizofrenia y otros trastornos psicóticos de larga evolución y de sus cuidadores formales e informales, respecto a los cuidados ofrecidos por profesionales y servicios de salud en distintos contextos socioculturales” (p.2078). La población objeto de estudio estuvo conformada por personas con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos de larga evolución, cuidadores formales y cuidadores informales, provenientes de Argentina, Venezuela, Chile, España, Inglaterra, Brasil. Se trata de una investigación cualitativa mediante la técnica de los grupos focales, se conformaron un total de 46 grupos y 303 participantes. Para el análisis de los datos se utilizó el análisis de contenido, codificando los datos con el uso del programa Qualitative Solutions and Research/Non-numerical Unstructured Data Indexing (QSR NUD*IST 4.0). Se encontró que existen dos variables involucradas en la percepción sobre la calidad del cuidado: la relación profesional-paciente y la disponibilidad de recursos. Se evidenció una fuerte problemática respecto a los pacientes esquizofrénicos, a quienes no se les otorga una posición de escucha, ni pueden opinar respecto a las cuestiones referidas en su tratamiento, se denuncia un cuidado deshumanizado. Finalmente, en los países donde el cuidado

comunitario es más precario, las quejas están relacionadas sobre la falta de recursos y servicios; mientras que en los países más desarrollados, las quejas giran alrededor de la relación médico-paciente. Consideramos que las variables relacionadas con la percepción del cuidado, sirven como referencia para discutir acerca del cuidado proporcionado a los pacientes objeto de estudio de nuestra investigación, bajo el modelo comunitario que les presta sus servicios actualmente.

Marco teórico

El propósito de este apartado es dar cuenta de los avances que ha habido en los últimos años en el campo de la salud mental, teniendo en cuenta que este ha sufrido una serie de modificaciones importantes sujetas a diferentes condiciones históricas y debates emprendidos por la comunidad científica y académica en cuanto a la forma de concebir la enfermedad mental. Así, como afirma Amarante (2015):

Hasta hace muy poco tiempo trabajar en salud mental era equivalente a trabajar en hospicios, en manicomios, en ambulatorios y en servicios de urgencias ante crisis psiquiátricas. Era trabajar con *locos agresivos*, en ambientes carcelarios, deshumanizados, de aislamiento y de segregación (...) Ya no es siempre así. Muchas perspectivas y escenarios están surgiendo en todo el mundo que están transformando radicalmente el campo de la salud mental (p. 29).

Lo anterior da lugar importante a las redes de apoyo y a la deconstrucción de los estigmas que giran en torno al diagnóstico, para que le sea devuelta la subjetividad y el reconocimiento al sujeto y, consecuentemente, este tome un lugar de mayor agenciamiento tanto en la vida personal como social. Sin embargo, para poder hablar de estas transformaciones, es necesario remitirnos a

esa época no tan lejana y ajena, de la que nos habla Amarante, mucho antes de la reforma psiquiátrica.

Este autor nos ayuda a comprender a través de un recorrido histórico, cómo el hospital pasó de ser una institución de caridad, a convertirse en una institución médica y la influencia de Philippe Pinel, quien es considerado padre de la psiquiatría, en cuanto a la manera de concebir la enfermedad mental, desde la constitución de una ciencia conocida como *alienismo* “pionera en el estudio de lo que hoy se conoce como *trastornos mentales*” (Amarante, 2015, p. 31), la cual tuvo gran influencia en la concepción de peligrosidad con la que tuvo que lidiar tanto tiempo el enfermo mental y que significó años de rechazo, maltrato y aislamiento de la sociedad a la que por derecho pertenecía. Philippe Pinel es también recordado por su participación activa en la Revolución Francesa, movimiento en el que se desarrollaron diversos acontecimientos, entre ellos, la transformación del hospital, el cual tuvo que sufrir diversas modificaciones hasta adquirir la función que hoy le atribuimos.

Según Amarante (2015), el hospital nace en la Edad Media, con el objetivo de ofrecer abrigo, alimentación y asistencia religiosa a pobres, miserables, mendigos, desamparados y enfermos, por lo que más que una función médica, este asume una función de caridad, incentivada por valores cristianos. Más adelante, para el año 1656, el hospital comienza a asumir una función de protección del orden social y político, es así como nace el denominado Hospital General, donde son las autoridades reales y judiciales quienes tienen la potestad de decidir sobre la necesidad de internación de un sujeto, además el director del hospital pasa a tener jurisdicción sobre toda la población por su susceptibilidad de ser internada, lo que Amarante denominó como “clientela potencial”; dicha institución se caracterizó por el aislamiento y la segregación ejercida sobre ciertos sectores sociales.

Amarante (2015), nos remite a Michael Foucault, con motivo de resaltar su concepción de la creación del Hospital General, como un acontecimiento que tuvo como consecuencia una transformación importante respecto al lugar social que tenía en ese momento el loco y la locura en Occidente. Este se refería al Hospital General como “el gran encierro”, teniendo en cuenta el encierro generalizado del que fueron víctimas significativos sectores sociales. Según Sacristán (2009), se trató de “todos aquellos que portaban la bandera de la sinrazón, entre ellos, criminales, prostitutas, mendigos, librepensadores, blasfemos, homosexuales y locos, claramente los diferentes y peligrosos” (p. 172), de manera que el internamiento sería consecuencia de la transgresión de un orden social y moral establecido.

Sin embargo, según Huertas, Campos y Álvarez (1997), con la llegada de la Revolución Francesa y el pensamiento ilustrado, fundamentado en premisas racionalistas y mercantilistas, se empiezan a promover normas éticas más apropiadas al contexto e ideales que se estaban gestando en aquella época, tales como la seguridad y el bienestar social. Es así que ocurren dos hechos importantes, fruto de un movimiento filantrópico, que se fundamentó en una gran preocupación por los pobres e indigentes: por un lado, se dan una serie de reformas hospitalarias en función de los pobres, y por otro, el fin del Hospital General.

Huertas et al. (1997), analizan este fenómeno social desde un enfoque socioeconómico, donde sostiene que tanto explicaciones de este tipo como ideológicas son compatibles. Es desde esa mirada que los autores sostienen que, con motivo del sistema socioeconómico capitalista que se estaba consolidando y desde el concepto de rentabilidad, nace un especial interés por la incorporación al proceso productivo de la mayor cantidad de personas, el cual permitió la caída del Hospital General y la consolidación del hospital como un espacio dedicado exclusivamente al tratamiento y curación de enfermedades. En este sentido, los pobres empezaron a ser concebidos

como ciudadanos y sujetos de derecho, cuya fuerza de trabajo era posible aprovechar y, en caso de enfermedad, se planificó una reforma hospitalaria que les permitiera recibir tratamiento e incorporarse al mercado laboral. Así mismo, el loco pasó a ser considerado como un enfermo más, quien también era susceptible de ser curado, mediante su internación en instituciones de moralización e integración social, de las cuales hablaremos más adelante.

Amarante (2015) plantea que esta transformación del hospital, que él nombra como medicalización del hospital, donde la intervención médica se convirtió en un fenómeno regular, y contribuyó al desarrollo de un nuevo conocimiento sobre las enfermedades, basado en el modelo epistemológico de las ciencias naturales. Así, el hospital asumió 3 funciones principales: examen, tratamiento y reproducción del saber médico. Además, esta transformación ocurrió en una doble vía: por un lado, el hospital se convirtió en la institución médica por excelencia y, por otro, la medicina se convirtió en una práctica, sobre todo hospitalaria. Este vínculo entre el hospital y la medicina, subraya Amarante, influyó en gran medida el modelo biomédico de la medicina occidental, donde la enfermedad no es concebida a través de la experiencia del sujeto, sino como una entidad abstracta y natural. Por lo tanto, conocer esta transformación del hospital contribuye a comprender cómo la enfermedad es institucionalizada y cómo esto tuvo una gran influencia sobre la manera de concebirla, de teorizarla y, finalmente, de tratarla.

Amarante (2015) continúa con un análisis de estos cambios desde una perspectiva más cercana a la psiquiatría. Así, el médico se convirtió en el personaje principal del hospital; fue así como Pinel, quien era poseedor del máximo poder, inició la medicalización del Hospital General de París, después pasó a dirigir el hospital de Bicêtre y, más adelante, la Salpêtrière. En primer lugar, este defendía la libertad de los locos, aunque esto sea un poco paradójico, afirma Amarante, teniendo en cuenta que estos debían ser sometidos a un tratamiento asilar, que

implicaba un completo aislamiento que, según este, sería lo que finalmente le procurará su libertad, misma que fue perdida producto de la alienación. Así, en aquellos hospitales que dirigió y, tras su transformación, se empieza a establecer el tratamiento moral, como primer método terapéutico que, en concordancia con lo anterior, propone como principio fundamental el aislamiento del mundo exterior, es de esta manera y bajo esta lógica que nacen los primeros hospitales psiquiátricos.

La internación y el aislamiento propuesto por los alienistas, asume entonces dos propósitos: por un lado, un propósito terapéutico ya que, el orden y disciplina a la que el alienado debía someterse en la institución, contribuiría a que la mente perturbada pudiese reencontrar sus verdaderas emociones y pensamientos, alejado de la sociedad, que es donde tuvo lugar esta alteración; por otro lado, suponía una mayor comprensión del fenómeno, por lo que otra de sus intenciones sería la producción de conocimiento (Amarante, 2015). El anterior recuento histórico es vital para comprender las bases sobre las que se situó el hospital psiquiátrico, donde su manera de entender la enfermedad propició las formas de tratamiento y el lugar que se le dio a los enfermos mentales, aspectos que, debido a su popularidad y aceptación, prevalecieron como las maneras supuestamente efectivas o incluso como la única posibilidad de lidiar con los sujetos que sufren de alguna enfermedad mental.

Recuento histórico principalmente de espacios, donde sus participantes transcurren todo su tiempo, sus actividades, resumiendo su cotidianidad al espacio físico, con sus normas y objetivos, es decir, instituciones que exigen de sus usuarios su entera disposición en tiempo y cumplimiento de las exigencias que dicten y a su vez los aíslen del mundo exterior, evitando casi por completo el contacto con personas, lugares y el desarrollo de posibles procesos de

realización de la vida propia, son llamados por el padre de la microsociología, Erving Goffman (2001) como “instituciones totales”, definiéndolas más claramente:

como un lugar de residencia y trabajo donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente (p. 13).

Categoría ésta en la que entrarían las instituciones encargadas de la salud mental con mecanismos y perspectivas tradicionales, como manicomios que plantean el aislamiento y la medicación como principales métodos de tratamiento, distanciando al paciente de ‘toda’ su vida construida por un tiempo considerable, alejándolo tanto de lo que podría denotar sus síntomas como también disminuirlos; este aislamiento de pacientes para Goffman desencadena según sus palabras: “si la estadía del interno es larga, puede ocurrir lo que se ha denominado <<desculturación>> ; o sea, un <<desentrenamiento>> que lo incapacita temporalmente para encarar ciertos aspectos de la vida diaria en el exterior, si es que vuelve a ella y en el momento que lo haga” (2001, p.26).

Posteriormente y a raíz de la segunda guerra mundial, se produjo la mayor fractura a estos modelos de atención psiquiátrica tradicionales, pues

el horror bélico había puesto en evidencia la desoladora situación en la que vivían los pacientes mentales ingresados en los hospitales psiquiátricos y la ineficacia terapéutica de estas instituciones totales, que añadían cronicidad y deterioro a las ya inherentes a las patologías psíquicas. (Desviat & Moreno, 2012, p. 28)

Estos autores nos hablan sobre cómo dicha guerra dejó al descubierto barbaries y descuidos a manos de profesionales que tenían su práctica en el resguardo de muros imponentes y un control excesivo, lo que a su vez permitió reestructuraciones sistemáticas en políticas

públicas como el enfoque de la cobertura universal sanitaria expandida en Canadá y Europa, alterando sus nuevos planes nacionales de salud, los cuales incluirían una mirada hacia el paciente como un ciudadano de derecho, teniendo en cuenta tanto sus exigencias para lograr su bienestar como individuo, como las necesidades de tratamiento para lograr dicho bienestar.

En este proceso, donde incluso en el año 1948 aparece como importante promotor y gestor la OMS (Organización Mundial de la Salud), se da la Reforma psiquiátrica, comprendiendo que esta se encuentra continuamente condicionada por las normativas y objetivos del sistema sanitario de la Nación o Estado, y el mismo hospital psiquiátrico como institución que aparece en diferentes escenarios (Naciones, Estados, etc.) y en donde sus políticas no han implementado las alternativas comunitarias. Esta Reforma Psiquiátrica que aparece por la necesidad de resultados y la defensa de los derechos humanos en las instituciones psiquiátricas, tiene la salud mental comunitaria como su modelo asistencial, e incluye el simple objetivo de cerrar o transformar dichas instituciones, para crear recursos disponibles en y para la comunidad misma (Desviat y Moreno, 2012).

Desviat y Moreno (2012) también analizan cuáles fueron las principales transformaciones que trajo esta Reforma Psiquiátrica, haciendo un recuento de los principios de este nuevo modelo denominado salud mental comunitaria. En términos generales, se asumió una posición más humanista y de mayor sensibilidad social frente a la enfermedad mental y las consecuencias que devienen de padecerla, lo cual requirió de una visión integradora del problema, lo que generó que la mirada ya no estuviese puesta solo en la curación, sino que el acto terapéutico se empezó a concebir como una acción en la que se integran la promoción primaria, la prevención primaria y secundaria y la rehabilitación. Esta visión más global del problema exigió que la responsabilidad de esta problemática no estuviese puesta simplemente en las manos de la atención sanitaria, sino

que los cuidados constituyeran la integración de esta con la atención social y comunitaria, dándoles un lugar importante a otros actores sociales. También se le dio un lugar a la subjetividad de los pacientes, quienes pasaron de ser meros receptores de los servicios que ofrecían las instituciones, a ocupar un lugar de agencia en su proceso de recuperación; así, estos son reconocidos como sujetos de derechos. Finalmente, la comunidad pasa a ser objeto de las intervenciones y en la misma vía esta se organiza, abogando por los derechos de los pacientes mentales. De esta manera, vemos cómo este nuevo modelo logra una comprensión más profunda sobre esta problemática, entendiendo la necesidad de vincular a la comunidad, incluidos pacientes y cuidadores, en la red de atención y cuidados para lograr un impacto real en su calidad de vida.

Atendiendo a este cambio de paradigma en cuanto a salud mental, se introduce el concepto de rehabilitación psicosocial, como aparente consecuencia de algunos modelos integradores en salud mental, los cuales plantean que padecimientos como es el caso de la esquizofrenia manifiestan necesidades múltiples que no pueden ser cubiertas a cabalidad mediante un tratamiento farmacológico (Saavedra, 2011). La rehabilitación psicosocial supone un cambio en cuanto al objetivo terapéutico, pues su orientación se enfoca en “el desarrollo de competencias personales y el trabajo en el entorno de los afectados, más que hacia la eliminación de los síntomas del trastorno o la “curación” de la supuesta enfermedad mental” (González & Rodríguez, 2010, p. 320).

Así, lo que se pretende lograr bajo este modelo es poder devolverle la funcionalidad al sujeto, entendiendo que la cronicidad de su enfermedad le supone dificultades y limitaciones para desenvolverse en su entorno social. Es preciso resaltar que este tipo de técnicas se han

mostrado como complementarias al tratamiento farmacológico e incluso, han favorecido la adherencia al tratamiento (González & Rodríguez, 2010).

La ley colombiana implementa este término a partir de la Ley de Salud mental del año 2013, la cual en el artículo quinto, plantea una serie de definiciones que considera relevantes para la implementación de dicha ley, entre ellas la Rehabilitación Psicosocial, en donde “apunta a proporcionar el nivel óptimo de funcionamiento de individuos y sociedades, y la minimización de discapacidades, dishabilidades y handicap, potenciando las elecciones individuales sobre cómo vivir satisfactoriamente en la comunidad” (N°1616, 2013). Por lo tanto, en cuanto a salud mental se refiere en nuestro país, la ley parece ser afín a esta teoría que se centra las capacidades reales del sujeto, el ejercicio de su autonomía sin pretender desaparecer los síntomas por completo, dando lugar tanto a una comprensión más clara y cercana por parte del paciente con su trastorno, como a la importancia de los lazos afectivos y sus relaciones sociales.

La anterior ley parece ser, en parte, producto de la falta de eficacia por parte de los entes en función de la salud mental en Colombia, donde los pacientes, debido a la falta de apoyo psicosocial, presentan recaídas y requieren de nuevas hospitalizaciones, lo que es conocido como el fenómeno de la puerta giratoria (Santacruz, Medina, Felizzola y Montalvo, 1998, según citado en Arango-Dávila, Rojas y Moreno, 2008). Esto demuestra la importancia de una atención en salud bajo un modelo integral, pues se ha demostrado que, en el caso de los pacientes con Trastorno Mental Severo, existen necesidades y problemas múltiples y variados, teniendo en cuenta que, por un lado, comparten necesidades comunes con el resto de la población y por otro, presentan dificultades particulares relacionadas con sus problemas psiquiátricos y psicosociales (Caycedo, Herrera y Jiménez, 2011).

Sin embargo, superar este estado de negligencia en cuanto a atención, acompañamiento y tratamiento de los pacientes con trastorno mental, es un desafío complejo, pues a pesar de que la anterior ley parece acogerse más a un modelo de atención comunitaria, la ley 100 de 1993, a pesar de permitir un aumento en la cobertura en psiquiatría, supone un detrimento de la calidad de los servicios, sin atención integral, donde existe una tendencia a que los tratamientos se reduzcan a los tiempos de crisis, sin que exista un seguimiento adecuado y con frecuencia se evidencia ausencia de apoyo a las familias y una continuidad en el tratamiento (Arango-Dávila, Rojas y Moreno, 2008), aun cuando se ha demostrado que el encierro recurrente en los hospitales psiquiátricos, el encubrimiento de los síntomas bajo tratamiento farmacológico, el desconocimiento de las habilidades o posibilidades productivas de los enfermos, la soledad que supone el aislamiento y la falta de apoyo y la gestión especializada en sitios ajenos a la comunidad producen tendencia a la cronicidad del trastorno mental (Pasquale E, 2000, según citado en Arango-Dávila, Rojas y Moreno, 2008). Lo anterior plantea la necesidad de trascender de una atención centrada exclusivamente en el silenciamiento del síntoma, que desconoce al enfermo como sujeto social y de derechos, para que exista un acompañamiento desde lo comunitario, que le permita al paciente una integración social y el desarrollo de sus competencias personales.

Con lo anterior logramos ver que los sistemas de atención a este tipo de pacientes resulta mediocre y limitado, careciendo de las herramientas necesarias para tratar los síntomas con el objetivo de evitar las recaídas y devolverle agenciamiento y control de sí al sujeto, algo que si bien resulta complejo, costoso y de mucha responsabilidad, tiene avances en investigación relevantes que brindarían una mayor oportunidad para la disminución del sufrimiento por partes

de pacientes con su salud mental seriamente comprometida. Avances como estos logramos ver en investigaciones como la de Caycedo, Herrera y Jiménez (2011) en donde concluyen:

Para una adecuada atención de esta población es necesario articular un sistema de recursos y servicios comunitarios capaces de procurar una atención adecuada e integral. El concepto de *sistema de apoyo o soporte comunitario* desarrollado por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos sirve como referencia de esta necesidad: plantea la pertinencia de promover y organizar en el ámbito local una red coordinada de servicios, recursos, programas y personas para ayudar a los pacientes con trastornos mentales graves en la cobertura de sus diferentes necesidades y en el desarrollo de sus potencialidades, evitando que sean innecesariamente aislados o excluidos de la comunidad (p. 156).

Esto nos da una mirada más completa y realista de lo mucho que se debe tener en cuenta para que como Estado y comunidad podamos plantear una verdadera intención por atender y cuidar a esta población.

En conclusión, se ha demostrado la necesidad de la implementación de una atención integral para el tratamiento de pacientes con trastorno mental, sobre todo si este es catalogado como crónico, como es el caso de las psicosis. Es imperiosa la necesidad de que este modelo comunitario sea protagonista de las redes de atención y cuidados dispuestos para esta población, dada su potencialidad de construir “una clínica diferente, donde se tenga en cuenta a la comunidad no solo como usuaria, donde la red de prestaciones y la continuidad de cuidados garantice la asistencia a los más frágiles, donde quepa el sujeto” (Desviat, 2011, p. 4619). Por lo tanto, la comunidad requiere de un rol activo dentro del proceso asistencial, pues como afirma Desviat (2011) “los consumidores de los servicios sanitarios y sus familiares quieren ser algo

más que receptores pasivos de los servicios o cuidadores informales de los pacientes mentales” (p. 4617), donde finalmente son estos últimos, los que tienen que lidiar con las consecuencias sociales, económicas y hasta psicológicas, que supone hacerse cargo de un paciente diagnosticado con algún trastorno mental.

Metodología

En esta investigación, se utilizó metodología cualitativa, dado que esta permite una aproximación naturalista e interpretativa al objeto de estudio, en la que se pretende entender o interpretar los fenómenos en términos de los significados que la gente les otorga (Denzin y Lincoln, 2012). En este sentido, se buscó identificar las características particulares del modelo de atención en salud mental comunitaria implementado por ASFAPEM y sus efectos en la salud mental de los pacientes a través del discurso de algunos de sus integrantes, lo que nos permitió un acercamiento a la información en la riqueza de sus detalles, dándole un lugar fundamental a su vivencia subjetiva.

Del mismo modo, la elección de este enfoque metodológico estuvo justificada porque permite mayor flexibilidad, expresión de la persona y la posibilidad de un buen diálogo a construir, ya que el principio de la perspectiva cualitativa no es la producción de datos fidedignos, sino de la información que se pone en diálogo con la teoría y el punto de vista de los autores. Las categorías del análisis de la información fueron construidas de acuerdo con la información que se obtuvo del trabajo de campo.

La recolección de información se llevó a cabo a través de 6 entrevistas semiestructuradas individuales a (3) pacientes diagnosticados con trastornos mentales graves, (2) cuidadores y a la fundadora/directora de ASFAPEM. Sin embargo, el análisis de la información se realizó con

base en 5 entrevistas, puesto que por problemas técnicos no se pudo acceder a la grabación de una de las entrevistas administradas a los cuidadores. Todos los sujetos participaron de manera voluntaria, quienes firmaron con antelación el debido consentimiento informado.

Los participantes tienen una edad entre 43 y 59 años, los cuales integran ASFAPEM. Respecto a los pacientes, su criterio de inclusión fue que padecieran un trastorno mental grave y que tuvieran un tiempo mínimo de 10 años de antigüedad como miembros del grupo; los diagnósticos de estos pacientes son: Trastorno Afectivo Bipolar, Esquizofrenia y Epilepsia y Trastorno Psicótico; estos hacen parte del grupo desde el año 1996, 1997 y 1996, respectivamente. Respecto a los cuidadores, su inclusión estuvo relacionada con la disponibilidad y deseo de participar en la investigación. Finalmente, se realizó una entrevista a la directora/fundadora de ASFAPEM.

Categorías de análisis

Con base en la información obtenida a través de las entrevistas, se propone un análisis a la luz de las siguientes categorías:

Lazo social:

La presente categoría logra dar cuenta de cómo el padecimiento de un trastorno mental ha afectado la posibilidad de los sujetos de insertarse dentro del tejido social y ser reconocidos por un otro. Con base en esto se intenta exponer cómo ASFAPEM desde el lazo social, es decir, dando lugar a espacios de integración social y ofreciendo un acompañamiento desde el afecto y el respeto por la identidad, se ubica como un instrumento de un importante valor terapéutico.

Salud mental:

La presente categoría logra evidenciar las particularidades y el tipo de acompañamiento que se ofrece desde ASFAPEM, el cual da cuenta de una mirada integral y está sentado sobre las bases del modelo de atención en salud mental comunitaria. Por otro lado, se intenta recoger y analizar desde un lugar crítico, aquello relacionado con los modos de tratamiento de la psiquiatría tradicional en lo que refiere a aspectos como: la internación, la medicación y lo institucional.

Rol terapéutico:

Esta categoría permite dar cuenta del impacto que tienen las intervenciones realizadas desde el dispositivo en las diferentes áreas de la vida de los pacientes, las cuales atienden a la multiplicidad de sus necesidades y logran proveerles de recursos que apuntan a mejorar su calidad de vida. Del mismo modo, se evidencia una forma particular de concebir la enfermedad mental y una aproximación en la que el síntoma no es el foco principal de intervención.

Análisis de resultados

Lazo social:

En la sociedad, a lo largo de los siglos, sufrir de algún tipo de trastorno mental ha significado para quien lo posee, procesos de exclusión y segregación, que les ha impedido el libre desarrollo en una sociedad que condena aquellos que se escapan a los límites de la normalidad; así, el aislamiento se planteó como un método de tratamiento. Es por esto que los pacientes mentales han quedado relegados a espacios como asilos, psiquiátricos o los propios hogares, excluidos de las cotidianidades y formas de relación habitual de la sociedad lo que,

acompañado de otras variables, ha contribuido a cronificar el síntoma y a la pérdida de la funcionalidad.

En casos aún más extremos, estos sujetos no son vistos, ni logran concebirse a sí mismos como sujetos de derecho, tal es el caso de algunos de los pacientes que han sido atendidos desde ASFAPEM, pues como la directora de la Asociación relata, con base en su experiencia como promotora de salud mental, se ha encontrado con *“pacientes encerrados, sin un nombre, ni siquiera tenían un registro, no sabían que eran seres humanos”* e incluso, *“pacientes que ni siquiera sabían cómo se llamaban”*. Es así como nos encontramos ante un panorama en el cual el individuo ha perdido su posición de sujeto, no es sostenido por un otro que lo ayude a nombrarse a sí mismo, que le dé un lugar, que lo integre desde lo social.

Además, el aislamiento no solo se ha instaurado como una medida preventiva frente a la posibilidad de auto o heteroagresión o como una disposición transitoria que busca estabilizar al paciente, sino que, para algunos, se ha convertido en una situación permanente como consecuencia del estigma social y la desinformación. Así lo refleja uno de los pacientes, quien afirma: *“a mí antes me mantenían por pena escondido en la casa como un mueble viejo y era muy ensimismado”* (S1). Así mismo, relata que cuando miembros de la Asociación asistían a lugares públicos para realizar sus actividades, la comunidad reaccionaba de forma negativa, afirmando que: *“por ejemplo cuando nosotros empezamos a asistir a los parques, llegábamos y ahí mismo toda la gente se explayaba ‘ay, llegaron los locos’, y se salían de la piscina”* (S1).

También la cuidadora narra algo similar, diciendo: *“Es muy duro porque ahí es donde uno empieza a ver el rechazo de la gente. Porque la gente aún en la época en que vivimos no aceptan a veces niños especiales, ¿por qué nosotros nos reunimos aquí? Porque uno un niño se va a reunir con personas convencionales y siempre los echan a un lado, entonces ellos no lo*

entienden muchas veces” (S4). Lo anterior da cuenta de la imperiosa necesidad de implementar programas psicoeducativos con la comunidad, con el propósito de reducir la segregación, deconstruyendo estereotipos, y lograr concientizar a la comunidad acerca de la importancia adoptar actitudes empáticas y de acogimiento.

Es por todo lo anterior que dispositivos como ASFAPEM poseen un alto valor terapéutico, porque ofrecen espacios de integración que suponen un reconocimiento del otro, de un otro que no ha logrado sentirse parte de algo, porque le ha costado ajustarse a las exigencias de la sociedad. Este es un espacio que silencia un poco el imperativo social de ‘adaptación’ y más allá de eso, logra darle un lugar a la subjetividad; allí los pacientes pueden realizar actividades en las que se pone en juego su corporalidad, su creatividad, sus saberes y sus deseos, más allá de un diagnóstico, de un pronóstico o de una medicación específica. Así lo afirman algunos de los pacientes:

“Yo mantenía todo pálido y todo sonso por los medicamentos y ya uno con las salidas se presta mucho para socializar con los compañeros, con la demás gente y aprender, había talleres de máscaras, de títere, de teatro, cosas así, de baile” (S1)

“Por medio del programa hay gente que ha salido de esa crisis y va pasando y casi ya no le vuelve. Con doña Iris acá uno se distrae mucho con los juegos, el deporte, la piscina y ella nos apoya mucho” (S2)

No obstante, también ofrece un espacio de aprendizaje sobre el comportamiento social desde el afecto, el respeto y la posibilidad de interactuar con otros iguales. Su interacción con otros pacientes mentales les ha permitido reconstruirse desde discursos distintos y apoyarse en las adversidades que supone sufrir de un trastorno mental grave, por ejemplo, en la experiencia de algunos los pacientes:

“Acá se presta para la convivencia con otros pacientes con la misma o con otras discapacidades más graves o sencillas y lo otro es que se saca al paciente de ese encierro en la casa a disfrutar de las salidas al aire libre y con otras personas, a compartir” (S1).

“A uno le sirve mucho eso porque uno se distrae, conversa con los compañeros” (S2).

Así lo relata igualmente la cuidadora:

“Si no está en natación, está en futbol, está aquí (el lugar donde se llevan a cabo las actividades de ASFAPEM), está en baile, entonces eso le ha ayudado mucho a él para que él se despegue mucho porque él antes en la casa no hacía nada y él se estresaba mucho y mantenía de mal genio y no hacía caso y manteníamos peleando, él no es agresivo, pero se enojaba” (S4).

De este modo, estos espacios son fundamentales porque propician la integración social, la inclusión y el apoyo mutuo, que les permiten a los pacientes situarse desde un lugar distinto, donde hay otro que les sostiene, que les comprende y que posibilita el aprendizaje tanto social, como de habilidades personales.

Salud mental:

Desde hace algunos años estamos siendo testigos de la necesidad de una aproximación distinta a los trastornos mentales, debido a la aceptación de que estos, especialmente los trastornos psicóticos, son condiciones complejas y que tanto su etiología, como evolución, atienden a múltiples factores. Además, sabemos que padecer un trastorno mental supone una variedad de necesidades y limitaciones de diferente orden que merecen un abordaje multidimensional. Desde esta nueva perspectiva, se ha planteado la importancia de abordar estas condiciones bajo un enfoque de atención integral, donde las intervenciones no se limiten a la atención sanitaria, sino que se busca desplegar una serie de servicios comunitarios que más allá

de enfocarse en la curación o eliminación del síntoma, buscan ofrecerle al enfermo mental una diversidad de cuidados y un acompañamiento continuo, en pro de velar por su autonomía, servirle de apoyo en su realización personal y de que estos puedan desarrollar conductas de autocuidado.

El trabajo de ASFAPEM está orientado bajo esta óptica, donde se intenta ofrecer un acompañamiento que empieza en casa, es decir, desde el contexto primario del paciente, con una atención que reconoce la importancia de integrar a los cuidadores en este proceso. En este sentido, la directora de la Asociación refiere:

“Lo primero de todas formas es con el cuidador, a mí me llaman que hay un paciente así, entonces yo voy y hago un inventario primero: ‘dónde viven, con quién viven’ y miro cuál es el potencial del paciente, sin necesidad a veces de hablar todavía con el paciente, mirar los recursos que hay para trabajar. Entonces ya empiezo a decirle ‘deme la oportunidad (al cuidador)’, ya le pregunto cómo se siente usted como cuidador, en realidad qué es lo que más le preocupa, qué es lo que le gustaría cambiar, qué le gustaría aprender. Entonces a partir de eso, de todas sus necesidades se hace el plan de trabajo y cada paciente es diferente, cada paciente le exige a uno cosas diferentes” (S5).

Lo anterior evidencia, además, que se reconoce al paciente en su singularidad, y que la intervención irá orientada en función de las particularidades que caracterizan el contexto, con los recursos que este brinda y teniendo en cuenta las necesidades tanto del paciente, como de sus cuidadores.

También, encontramos cómo las intervenciones que se hacen desde ASFAPEM pueden partir desde un cuidado y acogimiento que implica incluso el acompañamiento en tareas básicas como registrar al paciente, ayudarlo a asearse, aprender con él prácticas de autocuidado, entre

otras, que se orientan a devolverle su humanidad. Así lo relata la directora de la Asociación al hablar acerca de sus primeras intervenciones como promotora de salud mental:

“Pacientes que ni siquiera sabían cómo se llamaban (...), entonces ya fue algo innato de Iris de empezar a hacer acercamiento con esos pacientes encerrados, en rejas, donde usted entraba y el olor no se lo aguantaba. Entonces a lograr bañarlos, a sacarlos; me podía demorar 4 horas o un día completo o dos días en hacer el acercamiento. Empezar a bañarlos, a cortarles las uñas, el pelo (...) Después a llevarlos a registrar, sacarles el Sisben, llevarlos al hospital a sacarles los exámenes, sacarles cita por psiquiatría, todo fue iniciativa mía” (S5)

Además, comenta:

“Pacientes encerrados en las condiciones también más deteriorantes, y es trabajar con ellos con calma, enseñarles, la parte de la levantada, la bañada, el medicamento, que ellos haga adherencia, pero que ya ellos tomen la decisión” (S5).

Esto es especialmente importante porque es imprescindible comprender que no hay intervención posible sin sujeto. De este modo la enfermedad no puede ser vista como algo ajeno a este que debe ser controlado o amaestrado, sino que es importante concebir al enfermo mental en su totalidad. Por otro lado, se evidencia un trabajo desde el concepto de rehabilitación psicosocial, donde desde un enfoque de cuidado posibilita que el paciente pueda recuperar poco a poco su funcionalidad y desarrollar habilidades y competencias tanto a nivel personal, como social, que le permitan integrarse nuevamente a la sociedad.

Es fundamental reconocer la importancia de este enfoque en rehabilitación, que le permite al paciente un proceso de recuperación sin la necesidad de ser apartado de su comunidad. Además, se encontró en el relato de los pacientes que, aunque reconocían la utilidad de ser internados en aquellas ocasiones en las que su estado ponía en peligro su integridad o la de otros,

así como también, por la posibilidad que esto les daba de estabilizarse tras una crisis, les generaba un grado importante de malestar su estadía en instituciones psiquiátricas:

“Con tanto medicamento que le dan allá y el estar con otros pacientes que están peor que, uno se perjudica (...), y uno estar en ese ambiente, con unos pacientes hostiles y estar estresado y con las ansias de salir, entonces eso lo afecta a uno” (S1).

“No, eso encerrado es muy aburridor (...), no me ha gustado eso, siempre que he ido allá al hospital no me ha gustado cuando estoy allá adentro” (S2).

Por lo tanto, no se trata de desconocer la utilidad de estas instituciones en el tratamiento de la enfermedad mental, pero es fundamental que la atención de estos pacientes no recaiga completamente sobre lo institucional, sino que se incluya a la comunidad en este proceso y que se dispongan espacios y servicios que satisfagan sus múltiples necesidades, que posibiliten el desarrollo y realización personal con base en su propia red de significados y, sobre todo, que logren cuidar desde el afecto y el lazo social. Del mismo modo, es importante velar porque tanto la medicación como la internación, sean medidas que se tomen únicamente cuando el paciente así lo requiera, y que el tratamiento no se esté limitado a la eliminación del síntoma. Finalmente, es fundamental destacar la importancia de que la internación no se prolongue innecesariamente puesto que esto puede contribuir a la cronificación del síntoma; además, se trata de un ambiente artificial que difiere completamente del ambiente habitual del paciente, y, en este sentido, los desprovee de su cotidianidad, de las cosas que conforman su identidad y dificulta su posibilidad de compartir con las personas que aman.

Rol terapéutico:

El trabajo que se realiza desde ASFAPEM ha sido de gran valor terapéutico para quienes han hecho parte de las distintas actividades y propuestas que se han desarrollado tanto a nivel grupal como individual, lo cual ha supuesto cambios importantes a distintos niveles, es decir, que logran impactar en las múltiples áreas de su vida y funcionamiento que se ven impactadas por la enfermedad, así como fortalecer otras, que se convierten en recursos para hacer frente a su condición. Lo anterior da cuenta del alcance que tienen las intervenciones desde un enfoque comunitario, las cuales apuntan a atender a la multiplicidad de necesidades que conlleva el padecimiento de un trastorno mental. Por lo tanto, en la exploración fue posible constatar el rol terapéutico que cumple la Asociación, por su potencial de reducir el malestar subjetivo y el padecimiento psíquico de los pacientes y por la posibilidad que les brinda de adquirir y desarrollar recursos a nivel individual y de construir una red de apoyo significativa.

ASFAPEM se ha preocupado por devolverles la subjetividad a estos individuos, sabiendo que la enfermedad no puede ser desprovista de sentido y de contexto, y que el síntoma no es el foco principal de intervención. De esta manera, ha logrado darles un lugar a través del lazo social, del respeto por su identidad y de procesos de inclusión y de empoderamiento. Así lo relatan algunos pacientes:

“Ella es muy cariñosa (la directora del grupo). Ella no lo regaña a uno, sino que le llama la atención (...) Hoy me tocaba trabajar, dejé a una amiga y mejor me vine para acá. Me vine para acá a estar con ellos, estar contento, alegre (...) Ella es una madre” (S3).

“Porque ella por medio del programa, hay gente que ha salido de esa crisis y va pasando y casi ya no le vuelve. Con doña Iris acá uno se distrae mucho con los juegos, el deporte, la piscina y ella nos apoya mucho” (S2).

“Aquí son todos niños especiales, no son niños convencionales, entonces no lo miran raro (...) y doña Iris es muy cariñosa, doña Iris los trata con cariño, con amor, nunca los regaña. El amor que ella les tiene a ellos, la paciencia, porque es demasiada paciencia que hay que tenerles a ellos” (S4).

“Me vinculé al grupo de doña Iris y empecé con las salidas como paciente, ya después me fue gustando la cosa y le ayudaba a ella con unas planillas, era como el secretario de ella y ya ella me empezó a capacitar a mí y a Carolina como promotores de salud mental. Nos llevaba a salas, a congresos (...) entonces lo encargan a uno de determinado grupo o cuando va a alguna universidad a exponer sobre el testimonio de vida de uno o sobre lo que sabe de la labor social que tiene ella” (S1).

En lo anterior se evidencia lo valioso que ha sido para estos el apoyo percibido a través del grupo y de la directora específicamente, que ha significado no solo la posibilidad de participar de diversas actividades y de compartir con otros, sino también, un soporte desde el amor y el afecto. Además, es fundamental resaltar el efecto positivo que tiene para ellos sentir que pueden aportar algo, lo cual potencia su desarrollo a nivel personal. Así mismo, cabe destacar lo significativo que es la inclusión de estos en la academia, no solo como objetos de investigación, sino como sujetos poseedores de un saber.

Además, se ha logrado dar un paso más allá que les ha permitido a los mismos pacientes asumir un rol activo en su proceso de recuperación, así como también, convertirse en una red de apoyo importante para sus compañeros:

“Los pacientes que se iban recuperando yo empecé a llevarlos a las visitas (...) Entonces ellos me esperaban en mi casa, como la casa queda cerca ahí al hospital, y nos íbamos. Por eso subsistimos, el programa de salud mental tuvo plata hasta el 2003, ya después ellos se visitaban

entre sí, el uno apoyaba al otro, si había que ir a bañarlo o que hay un paciente nuevo me avisaban y entonces yo empezaba a ir. La primera visita siempre la hago yo con ellos, la primera, la segunda visita, entonces ellos ya saben qué hacer, ya ellos siguen yendo a hacer las actividades con los pacientes” (S5)

“Cuando se le acaba el medicamento a uno y el otro tiene entonces van y le llevan y le colaboran ahí mientras le llega el medicamento, hay veces que la EPS no está dando o está agotado, entonces un compañero si tiene más de ese medicamento le puede brindar así sea unas 5 pastas o un sobre de 10, sirve mucho para que no se vaya a descompensar el paciente” (S1)

“Le doy muchas gracias a doña Iris que ella es la que me ha hecho cambiar mucho, porque yo era muy agresivo, y yo he cambiado mucho, ya trato a los pacientes, los amigos, los compañeros, antes darles consejo a ellos. Ya ahora doña Iris a toda hora es: ‘Alejo, hágame el favor cójamelos y tráigamelos a El Diamante que yo estoy aquí, llamando al uno, al otro (...)’. ‘Espérenme aquí, traigo las paletas y vámonos’ y me los traigo para acá” (S3)

Esto da cuenta de su capacidad de autogestionarse y, además, de poder organizarse. Por lo que no solo son partícipes de su propio proceso de recuperación, sino que pueden contribuir a que otros puedan estar mejor. Esto es consecuencia de una red de apoyo significativa en la que es posible no solo el intercambio social, sino un apoyo que logra suplir ciertas carencias, como la ausencia de promotores de salud mental o de servicios comunitarios, al igual que la imposibilidad que tienen algunos pacientes para desplazarse solos.

Desde la Asociación también se ha hecho un trabajo importante orientado a la consciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento, lo cual es un aspecto fundamental en el trabajo con pacientes mentales. En este sentido, se ha reconocido y trabajado con los pacientes la importancia de la medicación en los casos que así lo requieren, de asistir regularmente a los

controles por psiquiatría, de poder reconocer las señales de alarma o la sintomatología en caso de una crisis lo cual les permite buscar apoyo, etc. Así lo evidencia la directora en su discurso:

“(…) porque el paciente tiene que empezar a ser autónomo también, hoy tiene cuidadores, ¿y cuando no estén los cuidadores? Entonces que desde ellos mismos aprendan a autocuidarse, que vayan a control, que vayan por el medicamento, que se tomen el medicamento, que saben que no lo pueden abandonar, los signos de alarma para enfermarse así estén tomando medicamentos, algún evento de estrés los puede llevar a una crisis así estén con medicamento. Entonces que si empieza a no dormir, a tener ansiedad, caminadera, cosas así puntuales, entonces inmediatamente avisen o que vayan por urgencias, entonces eso lo han aprendido la mayoría de los pacientes que hemos intervenido” (S5).

Esto es fundamental, porque si bien se ha reconocido la importancia de hacer un trabajo con los cuidadores y en un primer momento pareciera que se ha asumido una posición muy asistencialista, todo está orientado a que el paciente, en concordancia con el desarrollo de su autonomía, se vuelva un agente activo de su propio proceso, consciente de su padecimiento y de la importancia de autocuidarse, de buscar ayuda, y de entender cómo funciona su enfermedad. Así lo relatan también los propios pacientes:

“Me mandaban la droga y yo no me la tomaba, yo quería seguir la carrera para la policía. Entonces no tomaba los medicamentos y a lo último nos conocimos con doña Iris, y me registró y todo con el psiquiatra y él empezó a mandarme la droga y desde ahí estoy tomando y hay veces que me mejoro bien, bien” (S2).

“Pues conformismo porque me toca (acerca de la medicación), sino que tocara muy bien, pero yo sé que es mejor. En esa dependencia está que siga mi calma y la motricidad, y estar

como es y producir, que sepa cómo contestarle a las demás personas educadamente y en mi caso como soy vendedor tengo que estar amable (S1).

Además, logran dar cuenta de cuáles son los síntomas que indican la aparición de una crisis:

“Me da por quitarme la ropa, cambiarme de ropa cada rato, salir a la calle, caminadera” (S2).

“Pues yo me doy cuenta porque no duermo, se me hace difícil conciliar el sueño o tengo estrés de hambre, o sea que cada ratito quiero comer algo y no me lleno y de pronto estoy eufórico, muy contento, o cuando trato a los demás es como regañándolos” (S1).

Es preciso resaltar lo significativo que es el hecho de que los pacientes tengan la capacidad de darse cuenta de cómo la enfermedad puede afectar su conducta, sus hábitos, sus relaciones con los demás etc., ya que esto da cuenta de un importante nivel de introspección y conocimiento acerca de su padecimiento, facilitando el autocuidado, la adherencia al tratamiento y la aceptación de la enfermedad.

Para finalizar, es pertinente hablar acerca de las actividades que se realizan desde el grupo, las cuales tienen un componente tanto físico, como ocupacional, que posibilitan la integración entre los miembros del grupo y contribuyen a cuidar su salud física y mental. Estas son algunas de las actividades llevadas a cabo en los encuentros del grupo:

“Taller de cerámica, de encuadernación, de pintura. Yo en mi casa tenía pinceles, pintura, de todo para que ellos hicieran. Se hicieron varias exposiciones de cerámica. Taller de baile, de danza, toda la parte de encuadernación” (S5).

“A uno le sirve mucho botar todas esas toxinas que tienen los medicamentos y sudar un poquito, y el día jueves por ejemplo uno viene, suda, descansa, toma refrigerio, tira nado, tira piscina” (S1)

“En mi caso también, por medio de doña Iris cuando me enfermaba ella me visitaba a la casa y me decía que viniera acá a hacer los deportes. A uno le sirve mucho eso porque uno se distrae, conversa con los compañeros” (S2).

Estas actividades son importantes porque les permiten a los pacientes tener espacios de ocio, propiciar el intercambio social, cuidar de su cuerpo y poner en juego su corporalidad, desarrollar habilidades personales y aprender nuevos oficios. Todo esto se convierte en recursos de expresión, de reconocimiento, de contención y de cuidado que tendrán un impacto significativo en el mejoramiento de su calidad de vida.

Discusión de resultados

El campo de la salud mental ha sufrido transformaciones importantes en los últimos años, puesto que, como lo plantea Amarante (2015) hasta hace muy poco trabajar en salud mental era equivalente a trabajar en ambientes deshumanizados, de aislamiento y de segregación, no obstante, nuevas perspectivas y escenarios están surgiendo en todo el mundo y transformando radicalmente este campo. Dentro de este nuevo paradigma, se inscriben las prácticas llevadas a cabo desde ASFAPEM, enmarcándose dentro de la lógica del modelo de atención en salud mental comunitaria, el cual, según Desviat y Moreno (2012) podemos ubicar como resultado de los procesos de la reforma psiquiátrica. De acuerdo con los autores, dichos procesos lograron poner en evidencia la ineficacia terapéutica de los hospitales psiquiátricos, que añadían cronicidad y deterioro a las ya inherentes a las patologías psíquicas; por lo que la necesidad de

transformación obedecía no solo a razones éticas, sino también a razones técnicas, sobre la posibilidad de ofrecer una atención terapéutica y social más eficiente.

Es por esto que, es preciso resaltar la importancia de que se despliegan estos servicios que han mostrado resultados importantes con relación al bienestar de los pacientes psiquiátricos. De acuerdo con Desviat y Moreno (2012) “la salud mental comunitaria estructura una nueva organización de los servicios que va a suponer el paso del servicio de psiquiatría a los servicios de salud mental y tres grandes desplazamientos: del sujeto enfermo a la comunidad, del hospital a los centros comunitarios, y del psiquiatra al equipo (P.22). En este sentido, vemos como la labor aislada de ASFAPEM intenta precisamente favorecer este puente, que permita el paso de una terapéutica centrada en lo institucional y donde el actor principal es el psiquiatra, a la posibilidad de que se propicie un trabajo desde escenarios comunitarios.

Del mismo modo, fue posible identificar que sus prácticas están regidas bajo los principios que Desviat y Moreno (2012) describen como los fundantes del modelo de salud mental comunitaria y que dan cuenta de las principales transformaciones que trajo la reforma psiquiátrica. Entre estos podemos ubicar, una posición más humanista frente a la enfermedad mental, una visión integradora del problema y un cuidado que no recae completamente sobre lo sanitario, sino que se extiende a la atención social y comunitaria y la subjetividad y el sufrimiento psíquico como elementos fundamentales que guían la intervención. Lo anterior queda evidenciado dentro de las prácticas de ASFAPEM, puesto que precisamente propicia que emerja esa subjetividad y la pone al servicio de sus intervenciones, logra concebir al paciente en su totalidad y logra ofrecer un acompañamiento que se sitúa como complemento de la atención psiquiátrica, pero propende porque los pacientes sigan siendo partícipes de los procesos comunitarios.

Estas nuevas concepciones nacen precisamente de la necesidad de construir una “clínica diferente” como la llama Desviat (2016), en la que quepa el sujeto. Lo que este autor plantea es que se debe propender por una aproximación más humanista, en la que la enfermedad no sea desprovista de sentido, ni contexto, es decir, de experiencia subjetiva y, en la que prime la dignidad y los derechos de los enfermos psiquiátricos. Esto es precisamente lo que se ve reflejado en el ejercicio de ASFAPEM, desde el cual se realiza un trabajo que atiende los contextos significativos para los pacientes y sus cuidadores y se preocupa por devolverles su humanidad y su libertad.

Es por esto que, las prácticas de ASFAPEM son tan importantes, porque logran una aproximación integral a la enfermedad mental que supone un avance importante en materia de salud mental en nuestro contexto. Puesto que, como plantean Robles et al. (2010) es importante poder trascender de un sistema que se enfoca en la detección y el tratamiento de los síntomas del trastorno mental, a uno en el que los esfuerzos se dirijan, igualmente, a la transformación del nivel de discapacidad y funcionalidad asociado a los mismos. Por lo cual, intervenciones que apunten a la autonomía, al autocuidado, al desarrollo personal y a la integración social, son fundamentales y de alto valor terapéutico, porque propenden por un acompañamiento que impacta en las diferentes áreas que se ven afectadas por el padecimiento de la enfermedad.

Estas nuevas perspectivas logran precisamente evitar que la cotidianidad de los pacientes transcurra en espacios como instituciones psiquiátricas, que Goffman (2001) incluyó dentro de la categoría de “instituciones totales” que desvinculan al sujeto de las dinámicas habituales de la vida social, impiden un desarrollo personal bajo una red propia de significados y no permiten la expresión de la individualidad. Es por esto que, el trabajo desde ASFAPEM es fundamental, porque ofrece una continuidad en los cuidados y en el tratamiento, favoreciendo que las

intervenciones no se limiten a los tiempos de crisis y no recaigan completamente sobre lo institucional, sino que se desarrollen dentro del ambiente habitual del sujeto, mismo en el que emergen los síntomas.

Además, de acuerdo con la investigación realizada por Farriols et al. (2006), al implementar un programa de apoyo psicosocial como complemento de la atención psiquiátrica convencional, se logró una reducción significativa en recaídas o reingresos psiquiátricos. Un hallazgo similar ocurre en la investigación llevada a cabo por López-Santiago et al. (2012), donde la implementación de un programa de salud mental comunitaria, tuvo un impacto significativo en la reducción del número de ingresos psiquiátricos y la duración de estos, en el caso de los pacientes del estudio; concluyendo que esto estaría relacionado con una atención más integral y enfocada en las necesidades de los pacientes. Por lo que, la atención brindada desde ASFAPEM podría ser de gran utilidad en la disminución de recaídas y la necesidad de internación de los pacientes, favoreciendo procesos de recuperación dentro de la comunidad.

Por otro lado, es fundamental destacar que en cuanto a lo que refiere al estigma social, existe una demanda de trabajo importante enfocado en la deconstrucción de los estereotipos acerca de la enfermedad mental. Puesto que, se encontró que cuando los pacientes empezaron a frecuentar espacios públicos, hubo una respuesta de rechazo y exclusión por parte de la comunidad y que, incluso, fue precisamente este rechazo generalizado una de las razones por las cuales uno de los pacientes se mantuvo aislado en casa durante mucho tiempo, antes de convertirse en miembro de ASFAPEM. Por lo cual, es fundamental que, como lo proponen Robles et al. (2010) la implementación de estas instancias comunitarias vaya de la mano con un intensivo programa de reducción del estigma. Puesto que, hacer partícipes a los actores comunitarios en la red de atención a la enfermedad mental, requiere por parte de estos una

actitud informada y la deconstrucción de ideas erróneas atribuidas al hecho de padecer una condición mental.

Por último, es pertinente resaltar el planteamiento hecho por Caycedo et al. (2011) quienes sostienen que:

Para avanzar hacia una adecuada atención e integración de la población con enfermedades mentales crónicas, se deben ir articulando sistemas de atención y soporte comunitario cuyos pilares básicos se asienten en la colaboración entre el sistema sanitario, a través de sus servicios de salud mental, unidades de hospitalización, hospitales de día y otros recursos, y el sistema de servicios sociales, tanto generales como especializados, teniendo en cuenta que los problemas de funcionamiento psicosocial y de integración social que sufre esta población desbordan a menudo la capacidad y las posibilidades de los servicios de salud mental y exigen la decidida colaboración de los servicios sociales (P.156).

Por lo cual se debe fortalecer este tipo de espacios y de propuestas, ya que se sitúan como un complemento importante a la atención sanitaria y logran impactar de forma positiva en el funcionamiento psicosocial de los pacientes y sus procesos de integración social. Además, es importante destacar que esto no es importante solo en lo que refiere a la funcionalidad y la disminución de la discapacidad, sino que les da la posibilidad de reconocerse a sí mismos y ser reconocidos por un otro, que facilita su integración dentro del tejido social, con todo lo que ello implica.

Conclusiones

Finalmente, de acuerdo con los objetivos planteados es posible concluir que el modelo de atención en salud mental comunitaria implementado por ASFAPEM se caracteriza por ofrecer un cuidado integral a los pacientes, a través de intervenciones tanto a nivel grupal e individual, en las que se le da un lugar fundamental a la subjetividad e integración social. Del mismo modo se busca ofrecer un acompañamiento a los pacientes que les permita permanecer y hacer parte de procesos comunitarios, a través de la inclusión de estos y sus cuidadores dentro de la red de atención. Además, este acompañamiento permite que haya una continuidad en los cuidados de los pacientes mentales que propenden por el desarrollo de su autonomía y que se sitúan como una alternativa y/o complemento importante de la atención psiquiátrica.

A través del discurso de los sujetos fue posible constatar unas dinámicas relacionales marcadas por el apoyo, la contención y la ayuda mutua, lo cual les ha permitido reconstruirse a través de discursos de inclusión y reafirmarse como sujetos en función de su interacción con un otro que les acompaña desde el respeto por su identidad, el reconocimiento de su singularidad y la posibilidad de integrarse desde lo social. Del mismo modo, a través de las diferentes actividades y talleres han podido encontrar recursos que han favorecido su proceso de recuperación y la transformación de aspectos de su vida que les generaban malestar.

Del mismo modo, se pudo percibir que los pacientes significan su experiencia y participación en ASFAPEM como un espacio que les ha permitido encontrarse inmersos en un ambiente en el que se sienten acogidos y amados. Además, lograron dar cuenta de la importancia que tiene para ellos la Asociación con relación al apoyo que perciben por parte de esta y por la posibilidad que las actividades les brindan de aprender algo nuevo, de divertirse y de compartir con otros iguales.

Respecto al progreso de los pacientes y la percepción de cambio, es posible destacar aspectos como el desarrollo de la autonomía y habilidades personales, el poder asumir un rol más activo en su proceso de recuperación, una mejor adaptación con respecto a su enfermedad, la posibilidad de relacionarse con otros de forma distinta e incluso, el fin del aislamiento. En este sentido, logramos ver una transformación en diferentes dimensiones que dan cuenta de la mirada integral que caracteriza las intervenciones y actividades realizadas desde ASFAPEM.

De igual importancia, es fundamental poder rescatar la función terapéutica del lazo social, sobre todo si hablamos precisamente de una población que ha sido constantemente rechazada y segregada, a consecuencia del estigma social. Por tanto, reconocer y ser reconocidos a través de la mirada del otro es un aspecto fundamental en la posibilidad de devolverles a estos su calidad de sujetos y de que puedan reconstruirse bajo discursos donde quepa la diferencia. Es por esto que, el lazo social se sitúa como un vehículo fundamental para la transformación de la realidad de estas personas, a través de un acompañamiento desde el amor, la inclusión y la facilitación de procesos identificatorios.

Por último, es pertinente mencionar la importancia de lograr darles voz a estos sujetos, pues este tipo de investigaciones contribuyen a la construcción de una mayor comprensión de las necesidades de los enfermos mentales. Como psicólogos, nuestra labor debe estar orientado por una aproximación empática y humana, mediante un trato digno y el reconocimiento de su subjetividad. En este sentido, nuestras intervenciones estarán orientadas en función del sufrimiento psíquico y no en la eliminación o silenciamiento del síntoma y, así mismo, bajo una mirada integral, reconociendo la importancia del trabajo multidisciplinar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amarante, P. (2015). *Salud mental y atención psicosocial*. Madrid: Grupo 5.

Arango-Dávila, C., Rojas, J., & Moreno, M. (2008). Análisis de los aspectos asociados a la enfermedad mental en Colombia y la formación en psiquiatría. *Revista colombiana de psiquiatría*, 37(4), 538-563.

Caycedo, M., Herrera, S., & Jiménez, K. (2011). Descripción de los factores de riesgo para recaída en pacientes con diagnóstico de trastorno mental. *Revista Ciencias de la Salud*, 9(2), 141-158.

Cazorla, J. (2014). Las relaciones sociales en salud mental: estudio sobre la percepción del impacto de las relaciones sociales en la mejora de autonomía de las personas con diversidad mental y la relación con el trabajo social. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 21 (1), 161-176.

Contreras, J., & Navarro, D. (2008). Un programa de seguimiento comunitario de personas con enfermedad mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(2), 451-475.

Cruz, M. Pérez, M., Río, C., Vega, V., & Flores, N. (2011). Vivenciando las necesidades de apoyo en la enfermedad mental. *Index de Enfermería*, 20(1-2), 16-20.

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2012). *Manual de investigación cualitativa* (Vol. 1). Barcelona: Gedisa.

Desviat, M. (2016). *Cohabitar la diferencia: de la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva*. NORTE de Salud Mental Director: Markez, Iñaki Consejo Editorial, 135.

Desviat, M. (2011). Panorama internacional de la reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 4615-4622.

Desviat, M & Moreno, A. (2012). *Acciones de salud mental en la comunidad*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).

Farriols, N., Palma, C., Ramos, M., Fernández, M., Chamorro, A., Polo, Y., & Botella, L. (2006). Efectividad de un programa de intervención psicosocial en pacientes psicóticos crónicos. *Clínica y Salud*, 17(2), 171-185.

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

González, J., & Rodríguez, A. (2010). Programas de rehabilitación psicosocial en la atención comunitaria a las personas con psicosis. *Clínica y Salud*, 21(3), 319-332.

Guillén, A., & Muñoz, M. (2011). Variables asociadas a las necesidades psicosociales de personas con enfermedad mental grave usuarias de servicios comunitarios y de sus cuidadores familiares. *Anuario de psicología clínica y de la salud= Annuary of Clinical and Health Psychology*, (7), 15-24.

Huertas, R., Campos, R., & Álvarez, R. (1997). Entre la enfermedad y la exclusión. Reflexiones para el estudio de la locura en el siglo XIX. *Historia contemporánea*, (16), 47-65.

Lemos, S., Vallina, O., Fernández, P., Fonseca, E., & Paino, M. (2010). Bases clínicas para un nuevo modelo de atención a las psicosis. *Clínica y Salud*, 21(3), 299-318.

Ley N° 1616. República de Colombia, Bogotá, D.C, 21 de enero de 2013.

López-Santiago, J., Blas, L., & Gómez, M. (2012). Efectividad de un programa de tratamiento asertivo comunitario para pacientes con trastorno mental grave. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(1), 1-10.

Robles, R., Medina, R., Páez, F., & Becerra, B. (2010). Evaluación de funcionalidad, discapacidad y salud para la rehabilitación psicosocial de pacientes asilados por trastornos mentales graves. *Salud mental*, 33(1), 67-75.

Tisera, A., & Moreno, D (2007). SALUD MENTAL, DESINSTITUCIONALIZACIÓN Y REHABILITACIÓN. XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en

Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
189-191

Saavedra, F. (2011). Cómo encontrar un lugar en el mundo: explorando experiencias de recuperación de personas con trastornos mentales graves. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 18 (1), 121-139.

Saavedra, J. (2009). Schizophrenia, narrative and change: Andalusian care homes as novel sociocultural context. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 33(2), 163-184.

Sacristán, C. (2009). La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco*, 16(45), 163-188.

Victoria, J. (2013). El modelo social de la discapacidad: una cuestión de derechos humanos. *Boletín mexicano de derecho comparado*, 46(138), 1093-1109.

Wagner, Runte, Torres-González & King (2011). Cuidado en salud mental: percepción de personas con esquizofrenia y sus cuidadores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 2077-2087.