

**Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, Intervención  
Sociocomunitaria y Rehabilitación Psicosocial:  
Un análisis de su Implementación en dos Dispositivos Salud Mental en la Provincia de  
Osorno.**

Antonia Caifil Martínez

Universidad de La Frontera

Directora de Tesis: Dra. Alba Zambrano

Nota de Autor

Antonia Caifil Martínez, Departamento de Psicología, Universidad de La Frontera.

Correspondencia sobre este proyecto de investigación debe ser enviada a Antonia Caifil Martínez, Escuela de Psicología Universidad de La Frontera, Temuco, Francisco Salazar 01145, Chile. E-mail: [caifil.antonio@gmail.com](mailto:caifil.antonio@gmail.com), Fono contacto: + (56)973379455.

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

### **Resumen**

Esta investigación caracteriza la implementación del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, de dos programas de rehabilitación psicosocial, incorporando en el análisis la dimensión de la intervención sociocomunitaria. Los datos fueron producidos a partir de entrevistas grupales a equipos de rehabilitación psicosocial de la provincia de Osorno. Se realizó un análisis de contenido en la aproximación dirigida de los datos. Los resultados reportan que la comprensión de la rehabilitación psicosocial se encuentra en plena sintonía con la concreción de la rehabilitación desde una perspectiva comunitaria. En la implementación del modelo comunitario se identifica como facilitador la capacidad de cambio y transformación presente en los equipos de rehabilitación. Sin embargo, existen en lo operativo barreras estructurales que sumado a la transición del modelo biomédico al modelo comunitario, dificultan el quehacer y los procesos de inclusión sociocomunitaria.

**Palabras claves:** modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, Rehabilitación Psicosocial, Intervención Psicosocial, Intervención Sociocomunitaria.

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

### **Abstract**

This investigation characterizes the implementation of the Community Model of Mental Health Care, of two psychosocial rehabilitation programs, incorporating in this analysis the dimension of socio-community intervention. The data was obtained from group interviews with the psychosocial rehabilitation teams of Osorno. The content was analyzed in the directed approach of the data. The results show that the understanding of psychosocial rehabilitation is in full relation with the realization of rehabilitation from a community perspective. In the implementation of the community model, the capacity for change and transformation found in the rehabilitation teams is identified as a facilitator. Even though, In the operational area there are structural barriers that, added to the transition from the biomedical model to the community model, hinder the task and the processes of the socio-community inclusion.

**Key words:** Community model of Mental Health Care, Psychosocial Rehabilitation, Psychosocial Intervention, Socio-Community Intervention.

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

### **Situación de la Salud Mental en Chile**

El discurso de la política pública en el ámbito de la Salud Mental en los últimos años en Chile ha planteado la necesidad imperante de incorporar progresivamente el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, de esta forma intentando superar la reclusión manicomial, el aislamiento y desarraigo social que padecen las personas con enfermedades mentales, proponiendo una reorganización de servicios integrados al sistema general de salud organizados en niveles, con recursos especializados, diversificados, desconcentrados y territorializados, reconociendo y utilizando las complejas conexiones con las estructuras no sanitarias que son absolutamente imprescindibles para la atención integral y dar respuestas satisfactorias a las necesidades de las personas que padecen trastornos mentales (MINSAL, 2017).

Al revisar la historia en materia de salud mental se aprecia que, desde la fundación de la Casa de Orates Nuestra Señora de Los Ángeles en 1852, la historia de la psiquiatría y salud mental en Chile estuvo caracterizada por la lógica asilar. La creación del Servicio Nacional de Salud en 1952 permitió extender la cobertura de salud a la mayoría de la población, sin embargo no incorporó a la salud mental en su concepción, pese a algunas precoces iniciativas de salud mental en hospitales generales (Sepúlveda, 1998). No obstante, desde fines de los cincuenta hasta inicios de los setenta, hubo experiencias de gran interés como las lideradas por Luis Weinstein, Juan Marconi y Martín Cordero, quienes desarrollaron modelos de intervención basados en la participación comunitaria (Torres, 2001).

Según Marconi (1999), la década de los cincuenta es la clave para entender el cambio radical de la asistencia psiquiátrica en el mundo, con cuatro raíces complementarias: derechos humanos, magnitud del problema, terapia biológica y psicoterapia. El movimiento por los derechos humanos, a partir del término de la segunda guerra mundial, planteó la crítica a la reclusión indefinida de personas con problemas de salud mental abandonados en asilos o

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

sectores de crónicos de Hospitales Psiquiátricos, agregando discapacidad psicosocial a las dificultades ya derivadas por la enfermedad. Sumado a esto los estudios epidemiológicos, desde los cincuenta revelan la gran magnitud de la demanda potencial por asistencia psiquiátrica, que alcanzaron el 25% de la población general (Marconi, 1999). Lo anterior, complementado por el desarrollo de la psicofarmacología iniciado con la clorpromazina y el desarrollo desde 1959 de la terapia conductual.

Marconi (1999) de igual forma señala, que la reforma a nivel nacional se generalizó desde los años 60 reemplazando la anacrónica estructura del Asilo-Hospital Psiquiátrico por tres redes complementarias de servicios: la institucional oficial, a cargo de profesionales; la institucional comunitaria, dirigida por técnicos y monitores en Salud Mental, integrando además las redes de apoyo social de los usuarios/as conocidos/as, amigos, sacerdotes y pastores, etc.

En general, las nuevas instituciones avanzaron a nivel oficial, pero fallaron en apoyar la creación de instituciones comunitarias suficientes y adecuadas para cada patología, a nivel popular (Marconi, 1999). Para Marconi (1999), a diferencia de Canadá, Estados Unidos, Francia, Italia y España, Chile más bien se planteó como una sucesión de eventos creativos y regresivos, más que una iniciativa sostenida a nivel nacional. El periodo de la dictadura militar, desde 1973, destruyó las experiencias comunitarias que se habían realizado hasta esa fecha iniciando una época de oscurantismo en esta área de la salud. Fortaleciéndose, las prácticas de institucionalización total en los hospitales psiquiátricos y retrocediéndose casi exclusivamente a la atención ambulatoria intramural. Finalizado el periodo de dictadura militar, la atención estaba centrada en cuatro hospitales psiquiátricos, las personas recluidas en éstos sufrían condiciones de hacinamiento, maltrato, atención insuficiente y casi nulas posibilidades de rehabilitación e inclusión sociocomunitaria. La atención ambulatoria era

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

absolutamente insuficiente para los requerimientos de la población (Minoletti, Rojas y Sepúlveda, 2010).

La Unidad de Salud Mental creada en el primer Ministerio de Salud post dictadura, fue la encargada de iniciar los procesos de cambio. Ello coincidió con el impulso dado por la Organización Panamericana de la Salud a la desinstitucionalización psiquiátrica en América Latina en la Conferencia de Caracas (Pan American Health Organization, 1990). En 1993, se formuló el Primer Plan Nacional de Salud Mental que incorporó medidas como: atención de salud mental en la atención primaria de salud (APS), creación de los Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM), Hospitales de Día, Programa de Reparación (PRAIS), Programas de Rehabilitación Psicosocial y Hogares Protegidos (MINSAL, 1993). El Segundo Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (2001), fue una construcción colectiva con aportes de cientos de personas a nivel nacional. Este nuevo plan organizó una red de Salud Mental nacional, incrementando gradualmente el presupuesto, sistematizó orientaciones en guías y normas. Se determinaron cinco trastornos prioritarios, incorporación masiva de psicólogos a APS, apoyo y capacitación continua a profesionales de APS mediante consultorías, estímulo a la formación de agrupaciones de usuarios y familiares, normativas de protección de derechos, desinstitucionalización masiva de personas desde los hospitales psiquiátricos, principalmente a hogares y residencias protegidas, e intentos de establecer políticas de calidad y un trabajo intersectorial (MINSAL, 2000).

Dos acontecimientos importantes reafirman la necesidad de un nuevo Plan de Salud Mental: La Reforma de Salud y la subscripción de la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Con el primer plan, se introdujeron prácticas innovadoras que sirvieron de base para formular el segundo plan, que estableció un modelo más elaborado de red de atención y de programas de actividades que abarcaban los problemas prioritarios. El Plan aplicado en el año 2000, reflejaba las principales líneas de acción

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

propuestas por la Organización Mundial de la Salud en su informe sobre la salud en el mundo en el año 2001 (Minoletti y Zaccaria, 2005). Entre esas líneas de acción, se encuentran el desarrollo de servicios comunitarios de salud mental, la integración de la atención de salud mental en los servicios de salud generales y la creación de vínculos intersectoriales. Estos programas tienen un enfoque biopsicosocial y dan prioridad a las acciones preventivas y de intervención temprana dirigidas a mejorar continuamente la calidad de la atención, con la participación activa de los usuarios, sus familiares y organizaciones locales (Minoletti y Zaccaria, 2005).

En este continuo histórico, el año 2014, el Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental publicó un diagnóstico sobre el cumplimiento de los derechos establecidos en esta Convención por parte del Estado de Chile, para lo cual revisaron algunos cuerpos legales vigentes en nuestro país, llegando a la conclusión que la legislación que se encuentra vigente está en clara contravención a los principios de la Convención Internacional para los Derechos de las Personas en situación de Discapacidad (CDPD) y sus disposiciones concretas. De acuerdo a los principios generales de la CDPD, la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad y el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas en situación de discapacidad como parte de la diversidad y la condición humana forman parte del compromiso adquirido por parte de los Estado lo cual implica entre otras cosas desarrollar servicios y programas de rehabilitación psicosocial para las personas con discapacidad psíquica.

En esta lógica, el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 viene a plantearlos principales desafíos del sector salud para dar respuesta a las necesidades de salud mental de la población. Desafíos que surgen de un análisis detallado de la situación actual de la salud mental en Chile y que contempla tanto la situación epidemiológica como legislativa, intersectorial, financiera, así como la realidad de la red asistencial y de los recursos humanos

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

del sector público de salud que trabajan en salud mental (MINSAL, 2017). Este Plan busca orientar los esfuerzos y la inversión de recursos en materia de protección y cuidado de la salud mental de la población, el tratamiento de las personas con problemas y trastornos mentales y la rehabilitación e inclusión socio-comunitaria de las personas con discapacidad psíquica, en concordancia con los principios establecidos en la Convención Internacional para los Derechos de las Personas con Discapacidad y con el desarrollo alcanzado por nuestro país. Siendo su propósito contribuir a mejorar la salud mental de las personas, mediante estrategias sectoriales e intersectoriales, para la promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales, atención garantizada de salud mental e inclusión social (MINSAL, 2017).

### **Evolución del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental**

Para lograr lo que propone este nuevo Plan Nacional de Salud Mental, se plantea continuar avanzando en la implementación del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental. Este modelo surge en Europa en contraposición al modelo asilar, incorporando a la atención de las personas con enfermedad mental, el ejercicio de derechos y un enfoque de calidad. Comprende el reconocimiento y abordaje de las necesidades de esta población con un enfoque integral, lo cual determinará positivamente la evolución de su enfermedad y su bienestar. Las condicionantes como el estigma, la marginación social o laboral, la pérdida de redes y vínculos, la falta de autonomía para tomar decisiones, el no resguardo y ejercicio de sus derechos ciudadanos, complejizan y cronifican el proceso de rehabilitación (MINSAL, 2018). De igual modo, presta especial importancia a la persona que padece una enfermedad mental severa y persistente, su familia y en el impacto que esta condición de salud tiene en su entorno; así también, en cómo este entorno contribuye a la rehabilitación de las personas, favorece la inclusión sociocomunitaria y provee las condiciones que contribuyen al pleno



## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

ejercicio de sus derechos y bienestar socioemocional.

Se aprecia, sin embargo, discordancia entre el ideal de la gestión basada en el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental y las exigencias de una gestión basada en gran medida en el cumplimiento de metas cuantitativas en todos los niveles de complejidad lo que no necesariamente corresponden a las necesidades de la población (MINSAL, 2017).

Transcurridos 24 años desde la formulación del primer Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, se ha logrado desarrollar una amplia red de servicios de salud mental integrada a la red de salud general, y se ha aumentado considerablemente el número de personas con problemas o trastornos mentales que acceden a la atención; sin embargo, el desarrollo no ha sido homogéneo a lo largo del país, constatándose importantes brechas e inconsistencias tanto en la oferta de servicios como en la coherencia de éstos con el modelo propuesto (MINSAL, 2018).

Es importante identificar los avances de este modelo en Chile y particularmente en regiones más distantes a la capital del país, considerando que el proceso salud-enfermedad se vincula al lugar donde se vive, estudia o trabaja, es decir al escenario natural de cualquier persona, escenarios diversos en todo Chile que poseen condicionantes que complejizan, agravan y afectan negativamente su proceso de recuperación (Federación Mundial para la salud Mental, 2009; citado en MINSAL, 2017).

En el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, lo comunitario no lo define el espacio físico, sino que se refiere fundamentalmente a prácticas de intervención que reflejan una serie de interacciones entre las diferentes redes sociales que constituyen la vida de un barrio determinado (MINSAL, 2017). Así, este Modelo permite comprender la importancia del contexto en la rehabilitación de la persona, favorece su inclusión social y provee las condiciones para el pleno ejercicio de sus derechos con el fin de mejorar su calidad de vida.

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

### **Elementos que alimentan el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental**

No obstante, al adentrarnos en la construcción del modelo se identifica un viraje ontológico y epistemológico, pasodeterminante en el esfuerzo por mejorar el conocimiento del proceso salud, enfermedad mental y atención (Madariaga, 2014). Además se suma la instalación de la crítica al modelo biomédico, lo que significó buscar nuevas herramientas teóricas y metodológicas, recurriendo para ello a las ciencias sociales permitiendo abrir camino a un intenso diálogo con las ciencias naturales y con la biomedicina. Madariaga (2014) plantea, que la perspectiva comunitaria en salud mental nace del centro de este debate y su carácter inacabado y abierto cobra distinto significado dependiendo de cómo la percibamos, como un campo particular de las ciencias, como una disciplina específica de la salud y de la salud mental o como un dispositivo más del engranaje organizacional y de gestión en salud, la salud mental comunitaria se identifica en su racionalidad interna con un objeto, un concepto y un campo de la salud. Lo importante (Madariaga, 2002) de todas las propuestas teóricas implicadas en la construcción del enfoque de salud mental comunitaria es que comparten la pretensión de aplicar la perspectiva biopsicosocial a la enfermedad y la salud. Lo cual se configura como una crítica al modelo biomédico, crítica que se instala con fuerza en los años 70 con el nacimiento de la antropología médica, a lo que se suma el aporte de la sociología médica, la antigua epidemiología social crítica latinoamericana, el levantamiento antipsiquiátrico en contra de la institución manicomial que dio inicio a la reforma psiquiátrica en el primer mundo, junto con la corriente de Salud Colectiva latinoamericana y la antropología médica crítica se plantea como objeto de la salud y de la salud mental el proceso salud, enfermedad y atención (Madariaga 2014). Objeto que se configura en el dinámico juego de las relaciones sociales existentes en un momento dado y en una sociedad dada y del cruce de inequidades sociales producidas en el vínculo interdependiente entre estos planos de

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

la realidad social, lo que configura un escenario de multideterminaciones, tanto del enfermar como de la salud de los individuos (Madariaga, 2014).

### **Entendimiento de los problemas de salud mental desde Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental**

Por lo tanto en el marco de la salud mental, la enfermedad y la salud constituyen momentos de síntesis de procesos biológicos (las bases naturales de los padecimientos) y de procesos culturales (el campo de representaciones simbólicas y de sentido de los padecimientos). Esa síntesis es una nueva subjetividad en salud, siendo el concepto de determinación el que permite el abordaje de esta problemática como conjunto, como integralidad indivisible; sus diferentes fuentes teóricas, llámense teoría de campo de la salud, enfoque socio-histórico, salud colectiva, perspectiva sistémica, ecología social, construccionismo, modelo trifásico, etc. (Madariaga, 2002), contribuyen cada uno a su manera a la superación del reduccionismo biomédico y aportan metodologías para la deconstrucción del proceso salud, enfermedad y atención en términos de totalidad.

En palabras de Madariaga (2014) y Samaja (2004), el objeto de estudio de las disciplinas de la salud lo constituyen los problemas (no solo las enfermedades), las representaciones (no sólo los diagnósticos médicos) y las estrategias de acción (no sólo los tratamientos) que presentan en el curso de la reproducción de la vida social. Bajo esta perspectiva, Madariaga (2002) señala que se modifica sustantivamente la cuestión de quién es el individuo involucrado en el proceso: desde el enfermo, el paciente, el usuario, el consultante o el cliente del sistema de salud se desplaza hacia el sujeto, el sujeto históricamente dado que padece; sea el sujeto individual o el sujeto social, categoría de lo humano que no se completa ni se agota con la mera asignación de una cierta etiqueta de morbilidad, y que además

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

existe un segundo momento epistémico cuando este sujeto enfermo o sufriente se reconoce ciudadano.

La ampliación del repertorio teórico de las ciencias de la salud con la incorporación plena de las ciencias sociales y las humanidades ha hecho que entren en debate en salud mental conceptos como: derechos humanos, democracia, ciudadanía, participación, cultura, colonialidad, política, economía, ética, estética, comunidad, etc. (Madariaga 2002, 2014). Poniendo el foco en los derechos y ciudadanía, ampliando la concepción tanto de la persona enferma, como de las estrategias de atención y prevención, y propone la afirmación ciudadana con base en el respeto y promoción de sus derechos esenciales, de sus derechos humanos (Madariaga, 2002; Saraceno, 2003; Minoletti, 2014).

Como señala Minoletti (2014), se avanza en prácticas en salud mental desde un enfoque de protección del sujeto enfermo a otro de apoyo, esto es: el recurso a las potencialidades; el cuidado de sí mismo; la autoconstrucción de proyectos de vida; aspiración al bienestar social, al vivir bien; la autonomía en las decisiones acerca de su salud y de su vida; capacidad jurídica en la protección de sus derechos, etc. Por lo tanto, los planes y programas de salud mental y psiquiatría que utilizan un enfoque comunitario no se limitan al desarrollo de un modelo clínico de atención centrado en la enfermedad mental, sino que además integran estrategias de promoción de la salud mental.

### **Rehabilitación Psicosocial en el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental**

La rehabilitación psicosocial en el contexto del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, puede entenderse como un conjunto de estrategias, en donde la intervención psicosocial permitirá definir un contexto interventivo multidimensional que opera sobre un grupo o comunidad más o menos específico, pero también de caracterización compleja (Blanco y Rodríguez, 2007). La intervención psicosocial se centra en promover el bienestar,

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

abordar las necesidades o problemas sociales que se concreta en un determinado objeto y en un determinado contexto. Siendo ambos, objeto y contexto, el eje central sobre el que se articula la demanda de la intervención y sobre los que se centraran los conocimientos y las características específicas necesarias a tener en cuenta en la concreción en las estrategias interventivas (Blanco y Rodríguez, 2007). Los objetivos planteados en la intervención psicosocial se orientan a reducir o prevenir situaciones de riesgo social y personal, y contribuir al desarrollo de acciones cuya intención es la solución de los problemas concretos que afectan a individuos, grupos y comunidades (Hernández y Varela, 2001).

Para articular un Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, es importante un enfoque social y comunitario de la psiquiatría y la salud mental que oriente la interrelación de lo biológico y lo social, entendiendo esta díada en una relación dialéctica mutuamente dependiente. El énfasis está puesto en aspectos que desde lo social configuran, condicionan o determinan ciertos estados de la psiquis humana asimilables a procesos mórbidos y en aquellos otros aspectos que garantizan o fortalecen su salud mental. Así mismo, considera el rol de lo social en el desarrollo de condiciones favorables para la salud mental de las personas, identifica y analiza los factores protectores. Estos planteamientos coinciden con lo propuesto en el Modelo Comunitario de Atención de Salud Mental recoge la propuesta de OMS que invita a superar los enfoques asistencialistas que restringen la acción profesional a la atención del caso clínico, del enfermo sintomático, en desmedro de la preocupación por la calidad de vida y el bienestar biopsicosocial de los individuos. Por lo tanto, para llevar a cabo la intervención social y comunitaria se concurre al diálogo con otros campos del saber, que aportan herramientas concretas para llevar a cabo dicha intervención.

Este Modelo, junto con potenciar el éxito de lo clínico en la atención individual de la persona que presenta un trastorno mental, se preocupa por la rehabilitación y la plena inclusión sociocomunitaria de las personas. Esto último se entenderá como el resultado de las

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

capacidades de las personas para su inclusión comunitaria y social y de las capacidades de las estructuras comunitarias e institucionales para incluir a las personas en un sistema de actuación (Martínez, s/f; citado en MINSAL 2018).

De esta manera, diferentes organismos internacionales han establecido que la rehabilitación psicosocial debe ocupar un lugar primordial entre las prioridades de los sistemas públicos de salud (MINSAL, 2018). La rehabilitación psicosocial como concepto tiene sus orígenes en diversos y variados desarrollos profesionales a lo largo de la historia (Sandoval, 2010) y es en la IV Conferencia de Switzer donde se definió la rehabilitación psicosocial como “un proceso que busca mejorar la calidad de vida de estas personas, ayudándoles a asumir la responsabilidad de sus propias vidas y a actuar en comunidad tan activamente como sea posible” (Aldaz y Vásquez, 2011: citado en Avello, Román y Zambrano 2017). La rehabilitación tendría éxito si se produce una inclusión de los sujetos a nivel social y comunitario. Ello es, que se pueda integrar a su comunidad natural ejerciendo sus derechos ciudadanos, participando en un entorno social en la misma medida que el resto de las personas que viven en él. Esto implica la utilización de los recursos comunitarios a los que accede la mayoría de la gente para satisfacer sus necesidades en diversos planos (Sandoval, 2010).

No obstante, en este ámbito, se ha querido ir un paso más allá incorporando la perspectiva de recuperación (Recovery) en las prácticas de rehabilitación psicosocial en los equipos de SaludMental, la recuperación plantea la responsabilidad que asume la persona con trastorno mental como protagonista de su propia historia de rehabilitación (Farkas, 2007). Y es aquí la importancia de rescatar este concepto, pues la recuperación surge como movimiento social de las personas usuarias de servicios de salud mental (Slade, 2009), este movimiento ha subrayado que los efectos catastróficos que han padecido van más allá de la enfermedad, y apuntan a la forma en que esta es vista socialmente, es decir estigma al que las personas con

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

enfermedades mentales han sido sometidas tanto dentro como fuera de las instituciones (Davidson y González-Ibáñez, 2017).

Para lograr una efectiva inclusión socio-comunitaria, asumiendo a la personas con problemas de salud mental como ciudadano supone privilegiar acciones en diversos niveles. Lo anterior, invita a los dispositivos de salud mental que en sus intervenciones (Martínez, 2006, 2016) provean recursos de calidad, complementando los recursos de las personas y de la comunidad de pertenencia, a la vez que refuerzan competencias que aseguren la autonomía de las personas que participan en la rehabilitación, respecto de los equipos interventores con los que han debido relacionarse (Avello, Roman y Zambrano, 2017).

Lo antes señalado invita a entender lo comunitario (Montero, 2006), como un espacio de transformación social en donde los actores que participan en la comunidad bajo las condiciones adecuadas pueden desarrollar sus capacidades y producir nuevos recursos que conducen a cambios deseados y planificados por ellos mismos en su entorno. Lo que implica tengan capacidad de decisión, control de sus propias acciones y la responsabilidad de sus consecuencias. Es decir, lo comunitario pone el foco donde se desarrolla la vida cotidiana de las personas, el espacio donde se pueden establecer relaciones que permiten transformar su entorno. Por lo tanto, se fortalece la idea de un modelo de salud mental comunitaria que saca el sufrimiento mental del sistema institucional y al margen de la atención de la enfermedad devolviéndolo a su contexto natural, la comunidad (Saforcada, Castilla y Alfaro, 2015). En contraste con lo señalado la evidencia indica que la implementación heterogénea del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental en el campo de la rehabilitación ha repercutido en el desarrollo de los dispositivos y programas orientados a la rehabilitación psicosocial. De acuerdo al estudio realizado por el Observatorio de Derechos de Personas con Discapacidad Mental (2014), en los indicadores revisados, se identificó brecha en horas de

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

atención y número de profesionales en rehabilitación psicosocial y además importantes restricciones que existen por parte de los equipos de salud mental para desarrollar un modelo de atención integral con énfasis comunitario. En cuanto al Informe del Sistema de Salud Mental de Chile (Universidad de Chile, 2014), en la razón de prestaciones ambulatorias/prestaciones residenciales, medida utilizada por la OMS como un indicador de nivel de desarrollo del modelo de servicios comunitarios, experimentó una variación significativa entre los años 2004 y 2012, viéndose un incremento en las atenciones ambulatorias, sin embargo, esto no da cuenta del tipo de atención ambulatoria realizada y si esta se encuentra o no enmarcada en procesos de rehabilitación psicosocial.

En el campo de la salud mental, el quehacer de la rehabilitación psicosocial se ha orientado aquellas personas que presenten diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia al alcohol y/u otras drogas, con un compromiso biopsicosocial moderado a severo, con o sin comorbilidad psiquiátrica (MINSAL, 2018; MINSAL, 2009) y a toda persona que por la gravedad del trastorno mental presenta discapacidad psíquica (MINSAL, 2006) que limitan el desarrollo de su vida diaria y de sus objetivos personales (Hernández, 2011).

La rehabilitación psicosocial como dimensión de la intervención en salud mental opera como un factor clave en la eficacia de los procesos de desinstitutionalización, recuperación e inclusión social de las personas afectadas por un trastorno mental grave y persistente. Esto supone a la rehabilitación como un conjunto de estrategias para afrontar las dificultades en el desempeño de la vida diaria de las personas que padecen problemas de salud mental de una gravedad e intensidad que limitan el desarrollo de su vida diaria y de sus objetivos personales (Hernández, 2011). Para ello, se utilizan técnicas de desarrollo de habilidades sociales, estimulación cognitiva o psicoeducación familiar, acompañamiento terapéutico e incluso el seguimiento comunitario; basado en valores como la autonomía, la participación, la normalización y la responsabilización. Estos valores son especialmente relevantes desde la



## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

perspectiva de la recuperación, que pone énfasis en el control del propio proyecto vital y en la construcción de un sentido y significado de la propia vida, propiciandooportunidades de empoderamiento (Hernández, 2017), permitiendo a las personas hacer uso de sus derechos y exigir políticas públicas inclusivas.

### **Contexto nacional y local**

Por lo tanto, tenemos en nuestro país un plan nacional que declara y orienta respecto 1) regulación y derechos humanos, 2) provisión de servicios de salud mental 3) financiación 4) gestión de la calidad, sistemas de información e investigación 5) recursos humanos y formación 6) participación 7) intersectorialidad. Y en un escenario nacional nos encontramos en un proceso de transición demográfica y en el grupo de países con mayores índices de desigualdad del mundo. En la medida que los países avanzan hacia el desarrollo, en el actual sistema se profundiza la distancia entre pobres y ricos, siendo los habitantes de estratos socioeconómicos bajos quienes presentan mayores tasas de trastornos mentales y mayor severidad de los mismos (Melzer, Fryers y Jenkins, 2004). Se trastocan los valores, se tensionan las relaciones entre clases, grupos y personas, siendo la desigualdad social uno de los fenómenos que mayormente produce trastornos y afecta la conducta de muchas personas. La desigualdad afecta principalmente la salud mental de los niños y niñas (Jiménez y Abarzúa, 2014), quienes ostentan las mayores cifras de pobreza y tienen menos acceso a atención especializada. Por otra parte, los problemas y trastornos mentales constituyen en Chile la principal fuente de carga de enfermedad. Según el último Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible (MINSAL, 2007) realizado en nuestro país, un 23,2% de los años de vida perdidos por discapacidad o muerte (AVISA) están determinados por las condiciones neuro-psiquiátricas.

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

En la adultez, las exposiciones a factores de riesgo en etapas previas y a inequidades en salud, frecuentemente se expresan en forma de deterioro de la condición de salud física y/o mental. En promedio, las personas adultas pasan la mitad del tiempo que están despiertas en el trabajo, razón por la cual las condiciones laborales no son neutras, sino que tienen un importante impacto sobre la vida de las personas. En la Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida, los principales síntomas o problemas de salud declarados por los trabajadores y trabajadoras se refieren al ámbito de la salud mental, destacando la sensación continua de cansancio con un 30,3% y el haberse sentido melancólico, triste o deprimido por un periodo de dos semanas los últimos 12 meses con un 21% (MINSAL, 2011; citado en MINSAL 2017). Estas cifras presentan variaciones importantes según el género, tipo de ocupación y nivel ocupacional, siendo las más afectadas las mujeres que laboran en el servicio doméstico, en ocupaciones familiares no remuneradas, en empleos informales y trabajadoras del sector público. Por otra parte, trabajadores de ambos sexos que están en desempleo tienen un mayor riesgo de presentar síntomas depresivos.

El Estudio de Epidemiología Psiquiátrica de Vicente y cols. mostró que un 31,5% de la población estudiada, de 15 años o más, había tenido un trastorno mental a lo largo de su vida, mientras que un 22,2% había tenido un trastorno en los últimos 6 meses (Vicente, Kohn, Rioseco, Saldivia, Levav y Torres, 2006). La Encuesta Nacional de Salud 2009- 2010 (MINSAL, 2011), mostró una prevalencia de síntomas depresivos de último año de 17,2% en población general, significativamente mayor en mujeres (25,7%) que en hombres (8,5%), así como en el nivel educacional más bajo (20,8%).

Por lo tanto, para comprender el alcance de la rehabilitación psicosocial en salud mental, se debe saber que en Chile el 20% de la población adulta se encuentra en situación de discapacidad y del total de personas adultas en situación de discapacidad el 5,4% presenta Dificultad Mental como condición permanente y/o de larga duración, mientras que el 4,1

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

presenta alguna dificultad psiquiátrica (MIDESO, 2015).

Para contextualizar, la provincia de Osorno, ubicada en la región de Los Lagos, tiene una superficie de 9.223,7 Km<sup>2</sup>, lo que corresponde al 13,8% del total de la región. Su capital provincial es Osorno y posee 7 comunas las cuales son: Osorno (951 Km<sup>2</sup>), San Pablo (637 Km<sup>2</sup>), Puyehue (1.598 Km<sup>2</sup>), Puerto Octay (1.796 Km<sup>2</sup>), Purranque (1.459 Km<sup>2</sup>), Río Negro (1.266 Km<sup>2</sup>) y San Juan de La Costa (1.517 Km<sup>2</sup>). Al año 2018, la provincia cuenta con una población INE proyectada de 230.247 habitantes (Actualización de Población 2002-2012 y Proyecciones 2013-2020), de la cual sobre un 93,7% es población Inscrita Validada por Fonasa: 215.757 personas. La Red Asistencial del Servicio Salud Osorno, está conformado por 1 establecimiento de alta complejidad (Hospital Base San José de Osorno), 5 Hospitales de baja complejidad (Purranque, Río Negro, Puerto Octay, Misión San Juan De La Costa y Perpetuo Socorro de Quilacahuín) y 45 centros de Atención Primaria, tales como: Centros de salud familiar (CESFAM), Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF) y Postas de Salud Rural. La Red Temática de Salud Mental está conformada por dispositivos dependientes de la Dirección de Servicio de Salud y Hospital Base San José de Osorno.

Tabla 1

*Identificación de Dispositivos de Salud Mental de la Provincia de Osorno*

<b>Dispositivos dependientes de la Dirección de Servicio de Salud Osorno</b>	<b>Dispositivos dependientes del Hospital Base San José de Osorno</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• COSAM RAHUE</li> <li>• COSAM ORIENTE</li> <li>• Centro comunitario de apoyo a personas con demencia KUMELEN</li> <li>• Unidad de Memoria AYEKAN</li> <li>• Centro Diurno de Rehabilitación Psicosocial NEWEN</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital de Día</li> <li>• Unidad de Atención Psiquiátrica Ambulatoria</li> <li>• Unidad de hospitalización de cuidados intensivos en Psiquiatría</li> </ul>

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunidad Terapéutica Ambulatoria Peulla</li> <li>• Comunidad Terapéutica Residencial Peulla</li> <li>• Programa Ambulatorio Básico para personas en situación de calle.</li> <li>• Centro de Recuperación AMORE*</li> <li>• Hogar Protegido Hombres Purranque*</li> <li>• Hogar Protegido de Mujeres Purranque*</li> <li>• Hogar Protegido de Hombres Osorno*</li> <li>• Residencia protegida Osorno*</li> <li>• Centro de Tratamiento para adolescentes infractores de Ley Newenche**</li> <li>• Comunidad Terapéutica Ambulatoria Gendarmería **</li> </ul>	
---	--

\*Dispositivos financiados con recursos del SSO y supervisados técnicamente por la Unidad de Salud Mental.

\*\* Dispositivos en Convenio SENDA, supervisados técnicamente por la Unidad de Salud Mental.

La Red Temática de Salud Mental ha estado en reestructuración desde el año 2014 a la fecha, lo que ha implicado definir dependencias técnicas y administrativas, además de

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

incorporar nuevos dispositivos de salud mental. En la imagen se observa la red actual:

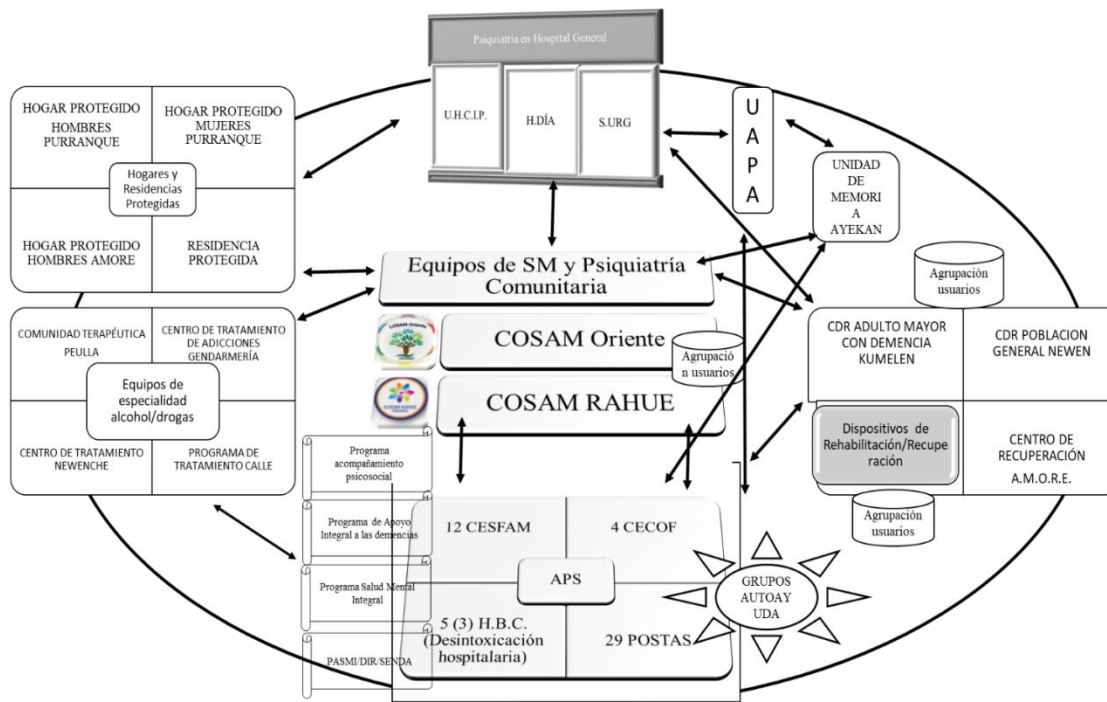


Figura 1 Red de Salud Mental de la Provincia de Osorno. Elaboración Unidad de Salud Mental, Servicio de Salud Osorno.

A razón de lo descrito anteriormente es que plantea la siguiente pregunta de investigación ¿Cómo se Implementa el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental en dos dispositivos de Salud Mental, uno en el ámbito de la rehabilitación de adicciones y otro en el ámbito de la rehabilitación de trastornos psiquiátricos crónicos? Por lo tanto, el objetivo general busca Caracterizar la Implementación del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental en dos Dispositivos de Salud Mental de la provincia de Osorno. Del cual se desprenden los siguientes objetivos específicos (a) caracterizar las comprensiones acerca de la rehabilitación psicosocial, (b) caracterizar la comprensión que ambos equipos tienen acerca del modelo comunitario de atención en salud mental, (c) caracterizar el cómo los equipos concretan el modelo de rehabilitación psicosocial desde una perspectiva comunitaria y d) caracterizar a partir de la perspectiva de los equipos los facilitadores y obstaculizadores presentes en la concreción de la rehabilitación psicosocial en el ámbito de la salud mental.

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

### Método

#### Participantes

Esta investigación definió como su población de estudio a dispositivos de Salud Mental orientados a brindar Rehabilitación Psicosocial en la provincia de Osorno a personas que presentan trastornos mentales moderados, severos y discapacidad, como parte sus objetivos centrales.

Los criterios de inclusión que se establecieron para la selección de los dispositivos son los siguientes:

- Formar parte de la Red de Psiquiatría y Salud Mental Comunitaria de la provincia de Osorno.
- Incorporar dentro de sus prestaciones la rehabilitación psicosocial como parte del proceso de intervención.
- Presentar una trayectoria mínima de 10 de años desarrollando Rehabilitación Psicosocial.
- Contar con al menos un miembro del equipo que tenga la permanencia mínima de 10 años en el dispositivo.
- Presentar reconocimiento provincial y regional a las buenas prácticas desarrolladas en el campo de la Psiquiatría y Salud Mental.

La muestra estuvo compuesta por 12 personas en total, con roles profesionales, técnicos y monitores. 4 de ellos pertenecientes al Centro de Recuperación AMORE ubicado en la ciudad de Osorno en el sector de Rahue Bajo y 7 la Comunidad Terapéutica Peulla ubicada en la ciudad de Osorno en el sector Oriente. Se utilizó muestreo intencionado de caso, determinándose la participación en el estudio de acuerdo a criterios previamente establecidos por conveniencia, en función de las prácticas de implementación del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental.

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

### **Diseño**

La perspectiva metodológica que se utilizó en este estudio fue cualitativa, de tipo descriptiva. Con esta perspectiva se quiso comprender la experiencia, los factores que inciden en la implementación del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental por centros de dispositivos de Salud Mental, considerando que la realidad se construye por los individuos en interacción con su mundo social. Por lo cual, el interés de este estudio está puesto en comprender los significados que los equipos construyen, es decir, cómo toman sentido del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental y de las experiencias que tienen en la implementación. La estrategia de indagación (Denzin y Lincoln, 1994) de esta investigación responde a un estudio de casos múltiples (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010) considerando que el conocimiento generado a partir de estudios de casos es más concreto y contextual y puede dar lugar a generalizaciones cuando se añaden nuevos datos a los anteriores (Stake, 1994).

### **Técnicas**

Respecto de las técnicas de recolección de datos, se utilizó entrevista grupal semi-estructurada, guiada por una pauta de tópicos definida previamente respecto a la implementación del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental. De acuerdo con lo que señala (Krause, 1995) estas entrevistas no presentaran una estructura estándar sino se manejan en forma flexible.

Cada entrevista grupal tuvo una duración de 3 horas y 30 minutos y fue realizada en espacios del lugar de trabajo habitual de los profesionales. Si bien la investigadora cuenta con un rol de asesor técnico se notificó a los equipos de la confidencialidad del proceso. La modalidad de registro de datos fue la grabación de audio además se complementó con la

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

realización de notas de campo y memos de síntesis por cada una de las entrevistas realizadas.

### **Procedimiento**

Se realizó contacto formal por medio de una carta de solicitud de autorización al Director del Servicio de Salud Osorno para poder tomar contacto con los directores de cada uno de los centros considerados en la muestra de estudio: Centro de recuperación AMORE y Comunidad Terapéutica Peulla. Una vez otorgada la autorización de la Dirección del Servicio de Salud, se procedió a informar a los dispositivos que han sido seleccionados para participar del estudio, el cual busca conocer prácticas implementación del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental en dispositivos de rehabilitación psicosocial. Además, se explicó a los equipos de los dispositivos el proceso de investigación que se llevaría a cabo, así como también la firma de los consentimientos informados correspondientes.

Los datos aportados por los participantes fueron confidenciales y de uso exclusivo para los fines la presente investigación. Respecto a la información esta fue validada mediante contrachequeo con los participantes.

### **Plan de análisis**

La información transcrita fue examinada de acuerdo a la técnica de análisis de contenido en su aproximación dirigida, procedimiento que consiste en identificar categorías iniciales de codificación utilizando teorías existentes o investigaciones previas (Hsieh, & Shannon, 2005), las cuales fueron guiadas por cuatro categorías asociadas a los objetivos de investigación, creando un libro de códigos (MacQueen, McLellan, Kay, & Milstein, 1998). Se utilizó el programa ATLAS Ti en su versión 7.0, vinculando las citas a los códigos previamente definidos. Los textos que no pudieron ser categorizados con el esquema de codificación inicial, se asignaron a un código emergente. Debido a la alta cantidad de códigos



## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

(143), fue necesario crear sub-categorías (19) que generaron categorías principales (04), utilizando el diagrama de árbol para ordenarlas en una estructura jerárquica (Morse, & Field, 1995, citado en Hsieh, & Shannon, 2005).

Los criterios de fiabilidad de la investigación, de acuerdo a lo anterior fueron, en la fase de construcción de la pauta de entrevista, (a) la consulta de expertos y (b) el pilotaje con un equipo técnico de similares características en la región de los Ríos; para la fase de resultados se utilizaron otras dos técnicas: (c) el contra-chequeo con los participantes y (d) la triangulación de investigadores (Okuda, & Gómez-Restrepo, 2005; Stake, 2007; Valles, 1999).

### **Resguardos Éticos**

El proceso de investigación estuvo guiado por criterios éticos, consideró la aprobación del Comité de Ética Asistencial del Servicio de Salud involucrado, los dispositivos de salud participantes comprometieron su participación. Se aplicó consentimiento informado, los participantes del estudio estuvieron de acuerdo con ser informantes y, a su vez, conocieron sus derechos como sus responsabilidades dentro de la investigación. Además se garantizó la confidencialidad de los datos (anonimato en la identidad de las personas participantes y privacidad de la información que es revelada por los mismos). Los equipos conocieron los resultados del estudio.

### **Resultados**

Los resultados se presentan respondiendo a cada uno de los objetivos propuestos en la presente investigación. En primer lugar abordaremos la comprensión que ambos equipos tienen acerca de la rehabilitación psicosocial y del modelo comunitario de atención en salud mental para la rehabilitación psicosocial. Luego abordaremos el cómo los equipos concretan

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

el modelo de rehabilitación psicosocial desde la perspectiva comunitaria con su práctica, para finalmente identificar los facilitadores y obstaculizadores presentes en la concreción de la rehabilitación psicosocial en el ámbito de la salud mental.

### **Comprensión de la rehabilitación psicosocial**

En el análisis de esta dimensión los equipos definen rehabilitación psicosocial enfatizando el objetivo que persigue la rehabilitación psicosocial, destacando los valores y criterios que guían este proceso, así como también identificando las barreras que limitan la inclusión social de las personas con las cuales se trabaja en rehabilitación psicosocial.

Los equipos comparten una comprensión de rehabilitación psicosocial como proceso integral, de largo aliento que pretende la inclusión social mediante el trabajo en los planos complementarios (sujeto, familia, trabajo y entorno social), de modo de permitir a la persona el desarrollo de habilidades desde el propio hacer.

Los equipos concuerdan en que los objetivos de la rehabilitación psicosocial se enmarcan en que la persona de sentido a su vida, resignifique experiencias a través de la valoración de sus propias habilidades en los diversos contextos de participación (trabajo, AVD, participación social). El siguiente extracto refleja lo planteado:

*“Lo que nosotros hacemos es acompañarlos en un camino de cambios, es un luchar, no sólo para salir de la adicción, si no que a entender todas las partes de la vida, que comprendan que cuentan con habilidades y otras formas de ser y estar en la vida, para encontrar sentido al querer vivir” (equipo 2, persona 1).*

El discurso que plantean los equipos en torno a valores que guían la rehabilitación psicosocial se plantean de la siguiente manera; uno de los equipos explicita los valores que deben estar presentes en el equipo, señalando el cariño, tolerancia a la frustración y empatía. Y además señala los valores que están presentes en su relación con la persona en proceso de

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

rehabilitación, estos son: la persona como sujeto de derecho, derribar estigmas y validación del otro como actor principal en su proceso de rehabilitación. El segundo equipo plantea valores que guían al equipo y a la persona que es parte de un proceso de rehabilitación, identificando los siguientes valores: la honestidad, humildad, espiritualidad, trascendencia, constancia, amor responsable, responsabilidad, libertad y valentía.

*“Son nueve pilares, está el pilar de la honestidad, de la humildad, de la espiritualidad, de la trascendencia, de la constancia, del amor responsable, responsabilidad, libertad y valentía, los dos últimos fueron creados hace un par de años, primero eran siete y luego los dos último libertad y valentía los fueron creando nuestros propios usuarios y usuarias del grupo de autoayuda” (equipo.2, persona 1).*

Se plantean criterios que guían la rehabilitación psicosocial, los cuales son compartidos por ambos equipos, se reconoce el valor de la experiencia de los miembros del equipo, se busca dar respuesta a las necesidades de las personas que inician el proceso de rehabilitación, de acuerdo a lo planteado por ambos equipo las estrategias deben sustentarse y sostenerse en el tiempo y estar en consonancia con las características de la realidad local. Por tanto, la rehabilitación psicosocial se orienta desde una perspectiva humanista reconociendo la centralidad del sujeto en rehabilitación (con necesidades y características específicas) situado en una realidad familiar y comunitaria particular. De allí entonces que la intervención psicosocial debe entretenerse en la cotidianidad mediante “el hacer” del sujeto de modo de desarrollar y fortalecer habilidades que le permitan ser y “hacer” mejor el mundo. Esto supone generar condiciones en el entorno que permitan que ofrezca nuevas y mejores oportunidades a este sujeto. Ambos equipos indican que en el proceso tanto las personas del equipo como el equipo en su conjunto deben ir “dialogando”, “adaptándose”, “aprendiendo” en la relación con la persona que está en rehabilitación y su entorno próximo.

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

*“También hemos ido a cursos y claro aprendes algo, pero en lo concreto, en lo que yo trabajo en el día a día, es lo que el otro necesita de mi hoy, para lo que él está viviendo, no tanto basado en la teoría o en lo que debiera ser, sino en lo que la persona me está requiriendo” (equipo 1, persona 4).*

Se identifican barreras transversales para el trabajo de la rehabilitación psicosocial que suponen un trabajo en “lo social”. Estas barreras que las personas en proceso de rehabilitación reconocen y que deben ser abordadas son el estigma, prejuicios e inequidad.

*“Trabajo en igualdad de oportunidades, ellos eso lo aprendieron, entonces cuando no encuentran empleo o si lo encuentran y a la media hora ya los despidieron, ellos consideran que es por el prejuicio y el estigma. El Estado ya dijo que ellos deberían tener igualdad de oportunidades, sin considerar que algunas de esas personas no pueden trabajar más de dos horas seguidas, o no pueden tener 15 minutos de atención, que no pueden llegar todos los días a las ocho de la mañana” (equipo 1, persona 3).*

### **Comprensión acerca del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental**

En el análisis de esta dimensión los equipos identifican nociones del modelo comunitario, plantean algunas demandas para su efectiva implementación y visibilizan brechas existentes en su aplicación.

El modelo comunitario se entiende como un trabajo coordinado y multidisciplinario, que debe estar cruzado por lógicas de confianza y seguridad para una apropiada gestión del caso. El foco está en el bienestar de la persona en rehabilitación, supone articular el uso de los recursos presentes en la comunidad, rescatando el contacto humano como una acción generadora de estados de salud y bienestar.

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

*“La salud mental comunitaria promueve la utilización de los recursos y habilidades que están en la comunidad y los pone a disposición de la gente que tiene problemas de salud mental” (equipo 1, persona 2).*

Frente a la comprensión lograda por ambos equipos acerca del Modelo Comunitario en Salud Mental, se plantean demandas, algunas de tipo estructural relacionadas con los derechos de las personas que presentan problemas y trastornos de salud mental así como también discapacidad mental y cómo convergen con otros sectores de la política pública (educación, trabajo, etc.). Se plantea la necesidad de visibilizar los derechos de las personas usuarias de dispositivos de salud mental de manera que estos sean conocidos, reconocidos y validados por el entorno social. Ambos equipos también manifiestan que la transición de un modelo atención biomédico a un modelo comunitario requiere de “cambios” en las prácticas de los profesionales y equipos de salud que no son compatibles con las exigencias que el propio sistema de salud establece.

*“Te hablan de la salud mental comunitaria, del acercamiento al territorio, al barrio, pero también hay un mensaje que dice que tienes que cumplir con horas en box para brindar atención a un número x de personas que demandan atención de psicólogo por ejemplo, entonces qué minutos cumples con las formas de trabajo” (equipo 1, persona 2).*

Ambos equipos señalan la existencia de brechas en la implementación del modelo comunitario, específicamente en el ámbito de inclusión social (educación, trabajo, vivienda) y en la participación social a través una sociedad civil organizada en función de temas salud mental.

*“Chile ratificó la convención de derechos de las personas con discapacidad, y se comprometió a brindar con ello acceso entre otras cosas a vivienda, lo que no ocurre, porque si las personas tienen su ahorro para el subsidio de vivienda, resulta que por el otro*

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

*lado su credencial de discapacidad dice que no pueden adquirir bienes porque tienen más del 60 % de discapacidad y eso lo inhabilita para postular” (equipo 1, persona 4).*

### **Concreción del modelo de rehabilitación psicosocial desde una perspectiva comunitaria**

En el análisis de esta dimensión los equipos identifican criterios para concretar el modelo de rehabilitación psicosocial desde una perspectiva comunitaria, también dan cuenta de los aspectos técnicos empleados, los estilos de comunicación y estilos de relación con las personas usuarias que han permitido llevar a cabo este modelo. Además se sitúan las características de los equipos y los valores presentes.

Los equipos concuerdan en criterios para la concreción del modelo de rehabilitación, estos son la co-construcción de las prácticas basadas en la experiencia, es decir “lo que ha resultado”, la transdisciplinariedad de las funciones desempeñadas, relevándose al equipo más que las particularidades disciplinarias. Se enfatiza en que el trabajo desarrollado no se fundamenta en los diagnósticos de las personas en proceso de rehabilitación, si no que se sustenta en el logro del máximo potencial que los sujetos puedan alcanzar tanto a nivel contextual (personal, familiar, entorno social) y del “hacer” (trabajo, educación, participación social). Se plantea que las prácticas deberán desarrollarse en relación a las necesidades de las personas usuarias, colocando énfasis en generar redes de apoyo familiares y comunitarias.

*“Yo como una de las últimas personas en ingresar a este equipo de trabajo, creo que esto ha funcionado por esencia que han instalado las tres personas que iniciaron este proyecto, funciona porque ellos han entregado de manera personalizada sus experiencias, particularidades y características, lo que hace que las personas que asistan al centro se sientan más cercanas” (equipo 1, personas 1).*

Se identifican aspectos técnicos utilizados, en ambos equipos, para el desarrollo de rehabilitación psicosocial con perspectiva comunitaria, esto implica incorporar de manera

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

concreta el modelo a las prácticas, donde el equipo asume un “rol formador”, en este ámbito el nuevo integrante del equipo transita por todos los espacios terapéuticos implementados, es decir, aprende desde la propia experiencia lo que permite generar “cambios” personales y en las prácticas laborales. A partir de lo anterior, se plantea una idea de modelamiento de la conducta laboral para desempeñarse en rehabilitación psicosocial.

*“Para personas que se integran, de a poco se va ejerciendo una presión no explicitada para que se integren a nuestra forma de ver al usuario, no es algo que se diga verbalmente si no que está mostrado con ejemplos, está en las conversaciones, está en los días en que tenemos reunión de equipo donde se plantea cómo se debe actuar frente a ciertas situaciones. Nosotros tenemos una forma de actuar específica que no se puede transgredir, se intenta que exista una sola mirada. Si nosotros permitimos un lenguaje distinto al instalado, se nos va desarmar lo que hemos desarrollado” (equipo 1, personas 2).*

Para desarrollar el modelo, ambos equipos, han incorporado a sus prácticas estilos de relación interpersonal basados en la consecuencia, la confrontación, el lenguaje directo y la retroalimentación lo que permite tomar decisiones informadas y consensuadas en beneficio del usuario y su familia o entorno social cercano.

*“Al principio es un poco chocante, que te digan las cosas tan claras, pero con el tiempo te das cuenta que es necesario por la postura que tienes que tener frente a la persona usuaria, o sea tienes que ser consecuente en cada uno de tus actos, porque van haber usuarios que te van estar observando, y no puedes perder credibilidad, pues puedes ser responsable de que pierdan el interés en seguir en rehabilitación” (equipo 2, persona 2).*

Ambos equipos comparten las formas de relacionarse con la persona usuaria, establecen vínculos de confianza con las personas en proceso de rehabilitación, participando desde la experiencia del otro, acompañando y relacionándose de manera horizontal. Además se plantea la definición de estrategias específicas para la vinculación con la familia (contrato

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

terapéutico, entrevista de ingreso) y se asumen responsabilidades para enfrentar las demandas de los sujetos a otros sectores de la política pública.

*“Existe un intercambio no solo de saberes sino que de ayudar al otro, de entender, de comprender, de estar en la vida participando desde la experiencia de la otra persona, ahí se forma un vínculo importante” (equipo 2, persona 1).*

Ambos equipos se caracterizan por presentar una estructura organizacional flexible a las demandas del contexto, se define un “perfil” que debe cumplirse para desarrollar trabajo integral y personalizado. Se establece una estructura jerárquica de orden administrativa que resulta funcional a la labor que se efectúa. Se incluye un equipo terapéutico de tipo multidisciplinario e incorporación de monitores al trabajo desarrollado, con participación de todos los miembros en la coordinación del plan de rehabilitación. Con un alto nivel de responsabilidad lo que incide en estar “siempre disponible” fuera de la jornada laboral para resolver situación de crisis de las personas en proceso de rehabilitación. Además los miembros destacan la importancia del propio desarrollo personal para asumir esta labor, ello supone estar alerta a trabajar aspectos personales del terapeuta.

*“Te vas dando cuenta que hay cosas en la vida, cosas que te van haciendo eco, y que no habías mirado porque en el fondo no sabías mirar. Y en el aprender a mirar significa darse de que esas cosas no estaban bien y por lo tanto tiene que comenzar a resolver tú vida porque si no no hay consecuencia cuando miras al otro” (equipo 2, persona 7).*

Ambos equipos comprenden los valores que guían sus prácticas en la concreción del modelo de rehabilitación, identificando dos planos el primero de ellos valora la experiencia y habilidades personales de cada miembro del equipo. Y en otro plano se valora la coherencia y la transparencia de las prácticas desarrolladas, lo que permite dar sentido y establecer compromisos con la labor realizada.



MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

*“Mostrar a los demás centros que se puede, siempre cuando haya voluntad, significa dar un poco más de trabajo, pero nosotros siempre lo hecho con el mejor de los agrados”*  
 (equipo 2, persona 4).

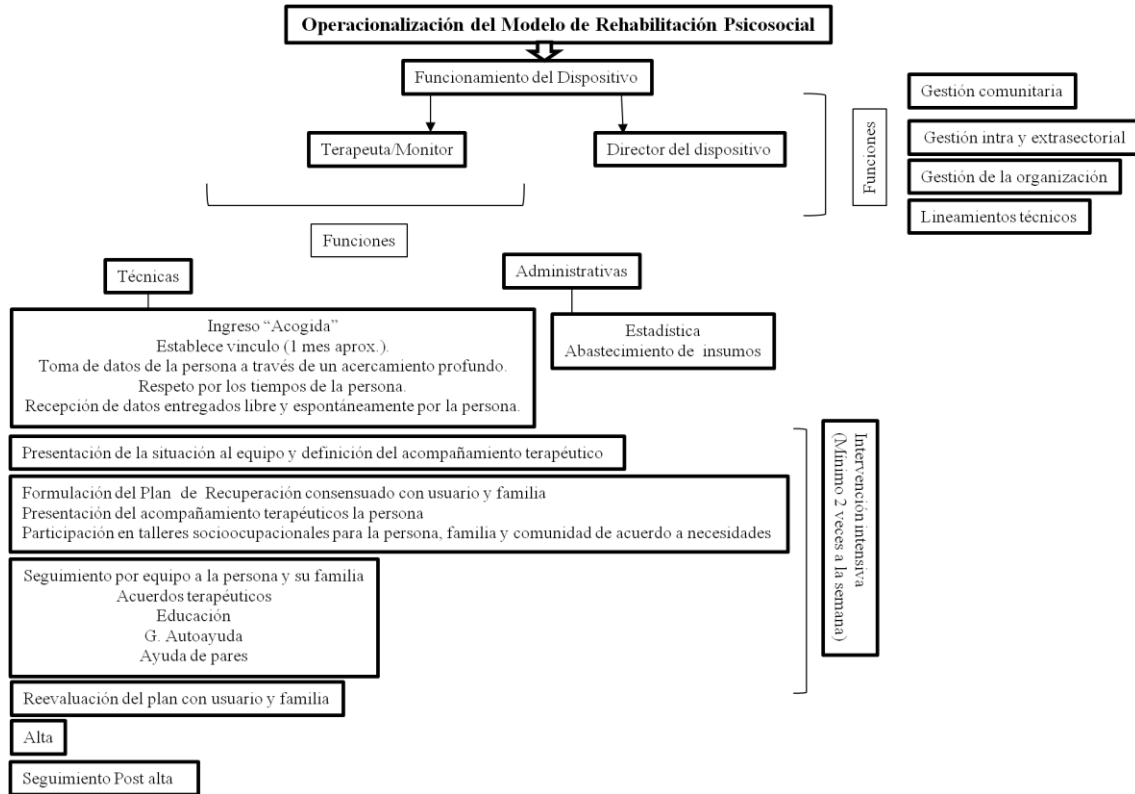
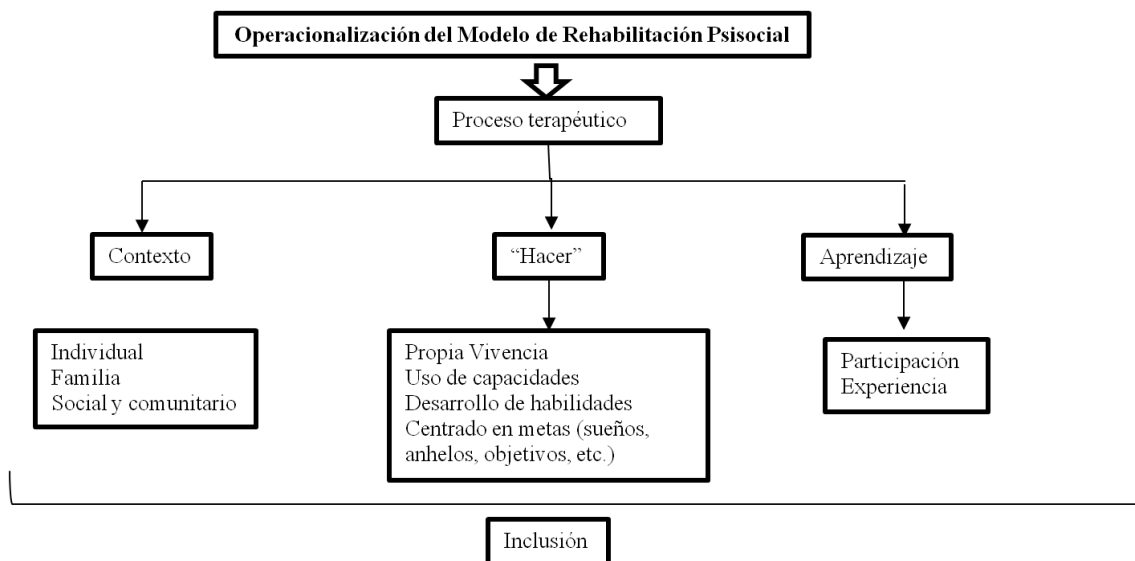


Figura 2 Operacionalización del Modelo de Rehabilitación Psicosocial: funcionamiento del Dispositivo. Fuente: Elaboración propia



## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

Figura 3 Operacionalización del Modelo de Rehabilitación Psicosocial: Proceso terapéutico. Fuente:

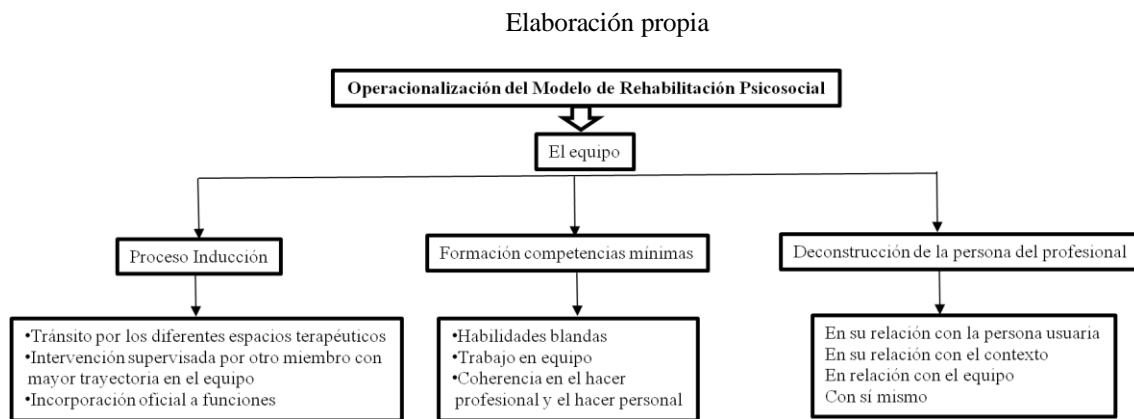


Figura 4 Operacionalización del Modelo de Rehabilitación Psicosocial: El equipo. Fuente: Elaboración propia

### Facilitadores y obstaculizadores presentes en la concreción de la rehabilitación psicosocial en el ámbito de la salud mental

En el análisis de esta dimensión los equipos identifican criterios para definir los facilitadores y obstaculizadores presentes en la concreción de la rehabilitación psicosocial en el ámbito comunitario. Además se plantean comparaciones respecto a las prácticas de equipos de salud mental que inciden en el quehacer de estos equipos considerando los facilitadores y obstaculizadores y barreras presentes para llevar a cabo prácticas de este tipo. Ambos equipos llegan a acuerdo respecto a criterios que explican los facilitadores de la concreción de la rehabilitación psicosocial planteándose la permeabilidad de los conocimientos adquiridos a través de la experiencia a todos los miembros del equipo, una mirada crítica del quehacer, existiendo una constante evaluación del hacer y de las relaciones interpersonales del equipo, se manifiestan canales de comunicación definidos, directos, de persona a persona (terapeuta/monitor-sujeto) y otros canales indirectos previamente establecidos, validación de redes sociales, para mantener contacto con el equipo, usuarios y familiares en otros contextos de participación social. Existe además percepción de crecimiento por parte de los miembros de los equipos en relación al modelo implementado, lo

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

cual refuerza positivamente las prácticas que desarrollan, es decir, existe una comprensión que permite alinear las prácticas de todos los miembros del equipo.

*“Nosotros también estamos en inducción permanente, porque nuestros errores son cotidianos, nosotros día por medio estamos con errores de desencuentro, o que actuamos mal frente a un usuario o discutimos entre nosotros públicamente, o sea en la semana por lo menos tenemos unos cinco puntos, o siete, o diez de errores así que tenemos que irnos revisando” (equipo 1, persona 2).*

También se identifican como obstaculizadores, la insuficiencia de recursos para implementar una rehabilitación integral, teniendo que priorizar áreas y dejando otras sin abordar, el trabajo con familiares en el hogar y las intervenciones en contexto se abordarían con menor intensidad. En esta misma línea se plantea que el aumento de los recursos no se asocia a mejorar la calidad del trabajo desarrollado, sino más bien al aumento de la cobertura. No obstante, estos equipos han logrado adaptarse y desde esa posición realizan críticas al actuar de otros equipos con los cuales comparten responsabilidades en el tratamiento y rehabilitación, percibiendo una baja respuesta frente a la falta de recursos para desarrollar estrategias que impactan en sus propios alcances terapéuticos. Además manifiestan fuertes críticas a la “etiqueta” del diagnóstico e indicaciones médicas.

*“Al comienzo difícil, venía de un trabajo en atención primaria donde estaba yo y mi box, atendía cada 40 minutos, 30 minutos y al usuario lo tenía que volver a ver en un mes más, tres semanas más y en lo personal en un mes se me olvidaba quien era, leía mi reporte en rayen y era como ya en qué estamos y no le puedo pedir más. Entonces era cómo atacar los síntomas, pero no la enfermedad” (equipo 1, persona 8).*

Los equipos concuerdan en comparaciones de las prácticas de otros dispositivos de la red que obstaculizan su quehacer, en ese sentido hay una mira crítica frente al arraigo del modelo biomédico, perpetuado en la formación académica de las disciplinas que por definición

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

intervienen en salud mental y psiquiatría y por prácticas profesionales que se transmiten a las nuevas generaciones. Lo anterior, propicia de acuerdo a lo indicado, que existan diferencias de prácticas en la atención del mismo sujeto.

*“El aprendizaje también nace de este aprendizaje en el servicio público, por decirlo, ahí tú aprendes de todo, lo bueno y lo malo, a ver como es el funcionamiento de una institución pública y lo favorable y desfavorable de ello, las falencias que tú fueras detectando de la institución pública lo puedes ir supliendo y llevando de manera favorable para el usuario, para la persona” (equipo 1, persona 4).*

Ambos programas comparten la percepción de barreras en el propio equipo para la concreción de la propia práctica, la primera de ellas hace alusión a las formas de relacionarse de los equipos de salud de la red con los sujetos en proceso de rehabilitación, esto visto desde las lógicas de construcción de sujeto con diagnóstico psiquiátrico basadas en estigmas que obstaculizan la relación entre el profesional o técnico de salud y el sujeto, siendo poco probable que puedan visibilizar al otro como igual. Otras de las barreras identificadas que generan obstáculos son la escasa formación académica de pregrado en el ámbito de rehabilitación y del modelo comunitario de atención de salud mental, lo que también visto desde otra arista facilitó los propios procesos de inducción de prácticas basadas en experiencias satisfactorias. Lo anterior, también da cuenta de las incoherencias entre los otros sectores públicos (educación, trabajo, vivienda) y la política pública de salud mental, generando baches al momento de instalar las prácticas.

*“Me sentí un poco decepcionado de las formación que se nos da como estudiantes de enfermería frente a este tema de adicciones, de verdad es un pincelada, entonces es como redescubrir un poco de la profesión, se va a un enfoque más en lo que es biomédico, incluso en lo que es psiquiatría tenemos una pasantía que será un semestre y de verdad es súper poco lo que uno logra, insertarse en el medio, entonces es casi volver a reposar todo y volver*

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

*y comprender un mundo nuevo, sobre todo con el enfoque comunitario” (equipo2, persona 2).*

### **Discusión y conclusiones**

Los resultados muestran que ambos programas comparten misma comprensión de la rehabilitación psicosocial, donde se releva a esta como un proceso integral con objetivos que apuntan hacia la inclusión social (Martínez, s/f; citado en MINSAL 2018), plenamente centrados en las necesidades y en los requerimientos de las personas, otorgando valor a las capacidades y habilidades individuales que se despliegan en los diversos contextos de participación (Hernández y Varela, 2001; Blanco y Rodríguez, 2007). Por lo tanto la atención se centra en la persona que presenta discapacidad psíquica o una adicción y su contexto familiar, social y comunitario. Lo cual se encuentra en plena sintonía con la incorporación de una perspectiva rehabilitadora en la línea de la Recuperación (Farkas, 2007; Slade, 2009; Davidson y González-Ibáñez, 2017) como parte fundamental en implementación del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental. Y en donde lo comunitario asume el rol de espacio de transformación (Montero, 2006).

Para llevar a cabo el trabajo en rehabilitación psicosocial los equipos plantean que existen valores que guían su quehacer, valores presentes en el equipo y valores presentes en la relación que establecen con la persona en proceso de rehabilitación. Valores que desde una perspectiva humanista (Medina, Layne, Galeano y Lozada, 2007) reconocen al sujeto en rehabilitación como centro de todo el proceso y formando parte de un contexto familiar y comunitario. Evidenciando en esta línea aportes desde la psicoeducación, lo que permite establecer principios para la intervención que consolidan las prácticas de los equipos, reconociendo para ello la interacción entre la persona, el modelo y el interventor (Vizcarra, 2008).

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

En consecuencia el trabajo se basa en la relación de calidad, tanto al interior del equipo como con las personas usuarias, una relación educativa que tiene que fundarse en la calidad de la relación, pero además en el modelaje. Identificándose influencia de la teoría cognoscitiva social (Bandura y Walter, 1974; Kelly, 2002; citado en Lacunza, 2012) en los procesos terapéuticos.

En rehabilitación, la intervención psicosocial se lleva a cabo en los contextos cotidianos. Contextos que son significativos y que permiten un abordaje integral, centrado en las necesidades de las personas, en el fortalecimiento de sus capacidades y desarrollo de habilidades, pero que además demanda al equipo interventor generar condiciones sociales y comunitarias apropiadas para una real inclusión (Blanco y Rodríguez, 2007; Martínez, s/f; citado en MINSAL 2018). Se reconocen barreras en este proceso en la línea del estigma, prejuicios e inequidades que complejiza el trabajo.

Desde la lógica de la implementación del modelo comunitario, se rescatan aspectos que favorecen una adecuada gestión terapéutica, esto es trabajo coordinado, multidisciplinario, centrado en el bienestar de la persona, con articulación de recursos comunitarios y potenciando el encuentro humano.

En este plano, lo comunitario actúa como facilitador de condiciones para que las personas puedan vivir su proceso de rehabilitación y se sientan incluidos (Sandoval 2010).

Además, se releva la importancia de generar transformaciones profundas en los equipos interventores para que logren integrar a sus prácticas el modelo comunitario (Madariaga, 2002). Se enfatiza en la importancia de mantener espacios de inducción y capacitación basados en la vivencia que facilite la transición del modelo biomédico al modelo comunitario. Para ello se plantean metodologías de inducción y capacitación que permitan generar aprendizajes a través de la experiencia y este proceso debe ser monitoreado por un miembro con mayor dominio del quehacer. Se plantea la idea de modelamiento de la conducta laboral.

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

No obstante, los esfuerzos de los equipos son menoscabados por la escasa coherencia de políticas intersectoriales en temas salud mental y discapacidad psíquica, aún el acceso a trabajo, educación y vivienda es piedra de tope y demanda de grandes esfuerzos para pequeños logros.

Se identifican obstáculos para el quehacer en rehabilitación en el ámbito de la limitación en los recursos y las sobrecargas de trabajo, ambos distraen a los equipos en acciones más individualizadas. Se considera que a pesar de las dificultades han logrado sortear estos obstáculos de manera creativa y critican fuertemente a los equipos que no lo hacen.

Además ambos equipos deben enfrentarse en su quehacer al fuerte arraigo del modelo biomédico en otros equipo de salud general y de salud mental, sumado a construcciones sociales fundadas en estigmas.

En conclusión, los datos obtenidos de los desafíos que con lleva incorporar prácticas comunitarias en el trabajo. En el caso de los equipos de rehabilitación psicosocial, fue un proceso de coconstrucción, de ensayo y error, guiado por la práctica cotidiana. Evidenciándose la necesidad de una política sectorial que permita operacionalizar de manera concreta la implementación del Modelo de Comunitario de Atención en Salud Mental y que además este en concordancia con políticas intersectoriales orientadas a promover la inclusión sociocomunitaria y desmitificar los trastornos y problemas de salud mental, así como también la discapacidad psíquica.

En el campo de rehabilitación psicosocial, la incorporación del modelo comunitario permite dar respuesta a las necesidades sentidas de los sujetos de atención, sumado a la incorporación del enfoque recuperación (Farkas, 2007), el quehacer se centra plenamente en la persona como ciudadano que demanda participación en las mismas condiciones que el resto de las personas (Madariaga 2002). Por lo tanto, al estar estos programas orientados al abordaje de necesidades y problemas sociales, de las personas con problemas de salud

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

mental y discapacidad psíquica, se vieron forzados a transitar hacia la incorporación de lo comunitario. Pues lograr inclusión social y comunitaria, supone una intervención en el territorio, sobre recursos enfatizando las demandas de los sujetos de atención (Serrano, 2011).

Para cual es fundamental, mantener y promover programadas de rehabilitación psicosocial (Blanco y Rodríguez, 2007, Hernández y Varela, 2001) en la línea recuperación (Farkas, 2007), será posible una real inclusión social y comunitaria (Martínez, s/f; citado en MINSAL 2018)

### Referencias bibliográficas

- Aldaz, J., & Vásquez, C. (2011). *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Alvarado, R., Minoletti, A. et al. (2010). FONIS SA08I20033: Evaluación de las redes de atención para personas con primer episodio de esquizofrenia, en Chile. Santiago de Chile.
- Anthony, W., Cohen, M., &Farkas, M. (1990). *Psychiatric Rehabilitation*. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation. Boston University.
- Avello, D., Roman, A. y Zambrano, A. (2017). Intervención sociocomunitaria en programas de rehabilitación psicosocial: Un estudio de casos en dos equipos del sur de Chile. *Revista Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 16 (1): 19-30.



## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

Rescatado de [file:///C:/Users/Antonia/Downloads/900-4943-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Antonia/Downloads/900-4943-1-PB%20(1).pdf).

Blanco, A. y Rodríguez, J. (2007). *Intervención Psicosocial*. Madrid, España: Editorial Pearson Educación.

Bernler, Gunnar. (1997) *Teoría para el Trabajo Psicosocial*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Espacio.

Centro de Derechos Humanos Universidad Diego Portales. (2013). *Salud Mental y Derechos Humanos: La Salud de Segunda Categoría en Informe anual sobre Derechos Humanos en Chile 2013*. Recuperado de <http://www.derechoshumanos.udp.cl/derechoshumanos/images/InformeAnual/2013/Cap%205%20Salud%20mental%20y%20ddhh%20la%20salud%20de%20segunda%20categoria.pdf>

Davidson, L. González-Ibáñez, A. (2017). La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 189-205. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352017000100011&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100011&lng=es&tlng=es)

Denzin, N. y Lincoln, Y. (1994). *Handbook of qualitative research* Thousand Oaks. Editorial Sage.

Desviat, M. y Moreno, A. (2012). Principios y objetivos de la salud mental comunitaria. Asociación Española de Neuropsiquiatría, *Acciones de salud mental en la comunidad*. Ponencia al XXV Congreso de Salud Mental Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, España. Rescatado de <https://consaludmental.org/publicaciones/AccionesSaludMentalenlaComunidad.pdf>

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

- Farkas, M. (2007). *Restablecimiento (Recovery) y Rehabilitación. La consideración actual de la recuperación: Lo que es y lo que significa para los servicios de atención.* . Madrid: Grupo Web CRL de Ventas.
- Hänninen, E., Afzal, J. y Wahlberg, H. (2012). *Rehabilitación Basada en la Comunidad y el Modelo Clubhouse como medio de recuperación y Reforma de los Servicios de Salud Mental.* Recuperado de <https://clubhouseandalucia.files.wordpress.com/2014/10/rehabilitaciocc81n-basada-en-la-comunidad-y-el-modelo-clubhouse.pdf>
- Hernández, M. (2011). *Rehabilitación Psicosocial perspectiva actual y directrices en reforma psiquiátrica.* *Revista Estudios de Psicología*,16(3), 295-303. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v16n3/13.pdf>
- Hernández, M. (2017). *La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación.* *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*; 37(131): 171-187. Recuperado de [file:///C:/Users/Antonia/Downloads/16996-17776-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Antonia/Downloads/16996-17776-1-PB%20(1).pdf)
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación.* 5a.ed. México DF: Mc Graw Hill Educación.
- Hernández, B. y Varela, S. (2001). *Psicología Social Aplicada e Intervención Psicosocial.* Santa Cruz de Tenerife, España: Editorial Resma.
- Hsieh, H., & Shannon, S. (2005). *Three approaches to qualitative content analysis.* *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-88. Rescatado de: <http://www.dx.doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Jiménez A., Abarzúa M. (2014). *Deuda pendiente: Desigualdad y trastornos mentales de niños.* Ciperchile. Recuperado de <https://ciperchile.cl/2014/03/26/deuda-pendiente-desigualdad-y-trastornos-mentales-de-ninos/>

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

- Krause, M. (2001) Hacia una redefinición del concepto de comunidad. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 10(2) 49-60. Rescatado de <https://www.redalyc.org/pdf/264/26410205.pdf>
- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación*, 7, 19-39. Rescatado de <http://files.mytis.webnode.cl/200000020-f1c75f2c42/Krause,%20M.%20La%20investigaci%C3%B3n%20cualitativa,%20un%20campo%20de%20posibilidades%20y%20desaf%C3%ADos.pdf>
- Lacunza, A. (2012). Las intervenciones en habilidades sociales: revisión y análisis desde una mirada salugénica. *Picodebate.Cultura, Psicología y Sociedad*, 12, 63-84. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5645288>
- Madariaga, C. (2002). *Psiquiatría Comunitaria. Apuntes para una conceptualización.* Documento de estudio del Módulo II del Dipl. en Salud Mental Comunitaria de la Esc. de Salud Pública, Facultad de Medicina U. de Chile. Santiago de Chile.
- Madariaga, C. (9 y 10 de Octubre de 2014). La Salud Mental como un objetivo del desarrollo social. Director R. Alvarado, *Avanzar hacia la ciudadanía plena y el disfrute de derechos. Experiencias de trabajo comunitario en Salud Mental.* Conferencia llevada a cabo Jornadas Chilenas de Salud Mental, Santiago, Chile. Disponible en: [http://www.saludmentalcomunitaria.uchile.cl/Libro\\_JCSMC2014.pdf](http://www.saludmentalcomunitaria.uchile.cl/Libro_JCSMC2014.pdf)
- Martínez, V. (2006). *El enfoque comunitario: El desafío de incorporar a las comunidades en las intervenciones sociales.* Santiago, Chile: Universidad de Chile.

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

- Martínez, V. (2016). *La inclusión sociocomunitaria: Modelo de inclusión sociocomunitaria*. Rescataado de <https://prezi.com/p9uauyh7o4bf/la-inclusion-sociocomunitaria/?webgl=0>
- Marconi, J. (1999). La Reforma Psiquiátrica en Chile: Precedencia Histórica de los Problemas del Alcohol (1942-2000). *Revista Médica Social* 40 (2) 33-40. Rescatado de: [http://cms.colegiomedico.cl/Magazine%5C1999%5C40%5C2%5C40\\_2\\_8.pdf](http://cms.colegiomedico.cl/Magazine%5C1999%5C40%5C2%5C40_2_8.pdf)
- MacQueen, K., McLellan, E., Kay, K., & Milstein, B. (1998). Codebook development for team-based qualitative analysis. *Field Methods*, 10(2), 31-6.
- Medina, M., Layne, B., Galeano, M. y Lozada, C. (2007). Lo psicosocial desde una perspectiva holística. *Revista Tendencia & Retos*, 12, 177-189. Rescatado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4929306>
- Melzer, D., Fryers, T., y Jenkins R. (2004). *Social Inequalities and the Distribution of Common Mental Disorders*. Editorial Hove: Psychology Express.
- Miranda, G. (2008). El enfoque comunitario en la articulación entre salud mental y salud pública: el caso chileno. Memorias del I Congreso ecuatoriano de psicología comunitaria. Desafíos de la psicología para el siglo XXI. Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala.
- Ministerio de Desarrollo Social. (2015). Segundo Estudio Nacional de Discapacidad. Servicio Nacional de la Discapacidad, SENADIS.
- Ministerio de Salud de Chile. (2011). Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010. Pontificia Universidad Católica de Chile, Universidad Alberto Hurtado.
- Ministerio de Salud de Chile. (2009). Decreto N°4. Reglamento de centros de tratamiento y rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia a alcohol y/o drogas. Publicado en el Diario Oficial de 13.01.10. Extraído de:

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

<http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2012/08/ReglamentoCentrosdeTratamiento.pdf>

Ministerio de Salud de Chile. Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2018). Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental. Santiago de Chile.

Ministerio de Salud de Chile. Subsecretaría de Salud Pública. (2017). Plan Nacional de Salud Mental 2017 – 2025. Santiago de Chile.

Ministerio de Salud de Chile. Departamento de Salud Mental. (2008). Norma Técnica para la Implementación y Funcionamiento de Centros de Salud Mental Comunitaria. Santiago de Chile.

Ministerio de Salud de Chile. Departamento de Salud Mental (2006). Norma Técnica Rehabilitación Psicosocial Para Personas Mayores de 15 años con Trastorno Psiquiátricos Severos y discapacidad.

Ministerio de Salud (1993). Políticas y Plan Nacional de Salud Mental. Santiago: Ministerio de Salud; 1993.

Ministerio de Salud. (2000). Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, Santiago.

Ministerio de Salud. (2004). Evaluación del programa de hogares protegidos para pacientes con esquizofrenia. Santiago.

Ministerio de Salud. (2007). Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible. Santiago, Chile.

Minoletti, A., Rojas, G., & Sepúlveda, R. (2010). Capítulo: Notas sobre la Historia de las Políticas y Reformas de Salud Mental en Chile.

Minoletti, A., & Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud*, 18(4-5), 346-358.

Minoletti, A., Sepúlveda, R., & Horvitz-Lennon, M. (2012). Twenty Years of Mental Health Policies in Chile. *International Journal of Mental Health*, 41(1), 21-37.

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

- Minoletti, A., 2014. La delgada línea roja: Equipos de Salud Mental: ¿defensores o cómplices de las violaciones a los derechos humanos de las personas con discapacidad mental? Conferencia en el Taller Internacional del Dipl. de Salud Mental Comunitaria, Escuela de Salud Pública, Fac. Medicina, U. de Chile. Powerpoint, Santiago de Chile.
- Montero, M. (2006). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria: La tensión entre comunidad y sociedad*. Buenos Aires, Argentina: editorial Paidós SAICFT.
- Monreal, V. y De La Fuente, C. (2012). Relatos de vida para la comprensión de los procesos de integración social-comunitaria de personas afectadas en su salud mental. *Revista Pequén*, 2(2), 12-19. Rescatado de: <http://revistas.ubiobio.cl/index.php/RP/article/view/1846/1790>
- Noreña, A., Alcaraz, N., Rojas, J. y Rebolledo, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Revista Aquichan*, 12(3), 263-274. Rescatado de <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n3/v12n3a06.pdf>
- Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental. (2014). *Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental: Diagnóstico de la Situación en Chile*. Santiago, Chile. Rescatado de [www.observatoriodiscapacidadmental.cl](http://www.observatoriodiscapacidadmental.cl)
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra. Rescatado de [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1)
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (2013). *Consenso de Brasilia*. Brazil: OPS/OMS.
- Okuda, M., & Gómez-Restrepo, C. (2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXIV(1), 118–124.

MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

- Parrado, C., Ramos, E., Sánchez, C., Salgado, J., Benavente, A., Jerez, C., Pascual, J. V. A. (2010). Contribución a la Rehabilitación Psicosocial desde el Equipo de Salud Mental: un enfoque hacia la recuperación. *Revista Psicosocial*, 7, 35–38. Retrieved from <http://www.fearp.org/revista/publicados/7/3538.pdf>
- Pan American Health Organization. (1990). The Caracas declaration. Caracas, Venezuela.
- Pemjeam, A. (1996). El proceso de reestructuración de la atención en salud mental y psiquiatría en Chile (1990–1996). *CuadMedSoc*, 37(2):5–17. Rescatado de [http://cms.colegiomedico.cl/Magazine%5C1996%5C37%5C2%5C37\\_2\\_4.pdf](http://cms.colegiomedico.cl/Magazine%5C1996%5C37%5C2%5C37_2_4.pdf)
- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos. *Revistatema de educación*, 7: 19-39. Rescatado de <http://files.mytis.webnode.cl/200000020-f1c75f2c42/Krause,%20M.%3B%20La%20investigaci%C3%B3n%20cualitativa,%20un%20campo%20de%20posibilidades%20y%20desaf%C3%ADos.pdf>
- Rosillo, M., Hernández, M., y Smith. (2013). La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(118), 257–271. <http://doi.org/10.4321/S0211-57352013000200003>
- Saforcada, E.; Castella, J. y Alfaro, J. (2015). *Salud Comunitaria desde la perspectiva de sus protagonistas: la comunidad*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Nuevos tiempos.
- Sánchez, A., & Morales, F. (2002). Acción psicológica e intervención psicosocial. *Acción Psicológica*, 1(1), 11-24.
- Sandoval, C. (2010). *Rehabilitación psicosocial: Reconsideraciones conceptuales y perspectivas actuales*. *Revista Cúpula*, 25(1-2), 8-26.
- Samaja, J., 2004. *Epistemología de la Salud*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Lugar.

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

Sapag, J. y Kwachi, I. (2007). Capital social y promoción de la salud en América Latina.

*RevSaú-Púbblica*, 41(1), 139-149

Saraceno, B., 2.003. *La liberación de los pacientes psiquiátricos*. De la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible. Editorial Pax, México.

Serrano, G. (2001). *Intervención Sociocomunitaria*. Madrid, España: Editorial Uned.

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). (2012). Normas y Orientaciones Técnicas de los planes de tratamiento y rehabilitación para personas adultas con problemas derivados del consumo de drogas. Convenio de colaboración técnica y financiera SENDA – MINSAL.

Sepúlveda, R. (1998). Una reflexión sobre la organización de los servicios de salud mental y psiquiatría en Chile. *Cuad. méd.-soc.*, 39(3/4), 16-21.

Slade M., “Personal Recovery and Mental Illness. A guide for mental health professionals. Cambridge University Press.” 2009.

Stake, R. (1994). *The Art of case study research*. ThousandOaks: sage.

Strauss, A. y Corbin, J. (2002) *Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y Procedimientos para Desarrollar la Teoría Fundamentada*. Bogotá , Colombia: CONTUS Editorial Universidad de Antioquia.

Torres, R. (2001). *Experiencias de Psiquiatría Comunitaria en Chile*. Facultad de Ciencias Médicas USACH. Rescatado de: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd050644/torres.pdf>

Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública. (2014) *Sistema de Salud Mental de Chile: Segundo Informe WHO-AIMS*. Santiago, Chile.

Valles, M. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid, España: Editorial Síntesis.



## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

- Vázquez, C. y Nieto, M. (2010). Rehabilitación psiquiátrica: Nuevos problemas y viejas soluciones. En A. Blanco, D. Navarro y A. Pastor (eds.), Manual de rehabilitación del trastorno mental grave (pp. 59-75). Madrid: Síntesis.
- Vicente, Benjamin M.D., Ph.D., Robert Kohn, M.D., Pedro Rioseco, M.D., Sandra Saldivia, Ph.D., Itzhak Levav, M.D., and Silverio Torres, B.A. (2006). Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study. *Am J Psychiatry*, vol. 2006, no. 163, pp. 1362 – 1370
- Vizcarra, M. (Ed.). (2008). *El Desafío de la intervención psicosocial en Chile: Aportes desde la psicoeducación*. Santiago, Chile: Editorial Ensayos & Estudios Ril
- Watts, F.N. y Bennett, D.H. (1990). Rehabilitación psiquiátrica: Teoría y práctica. México: Limusa.

**Anexos****Anexo 1****UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA****CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE  
INVESTIGACION****Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, Intervención****Sociocomunitaria y Rehabilitación Psicosocial:****Un análisis de su Implementación en dos Dispositivos Salud Mental en la Provincia de****Osorno.**

Estimado participante, mi nombre es Antonia Caifil Martínez y soy estudiante del programa de Magister/Especialización Psicología Comunitaria de la Universidad de La Frontera de Temuco. Actualmente me encuentro llevando a cabo un protocolo de

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

investigación el cual tiene como objetivo caracterizar las prácticas de Innovación Psicosocial en el ámbito de la Rehabilitación en Salud Mental Comunitaria.

Usted ha sido invitado a participar de este estudio. A continuación se entrega la información necesaria para tomar la decisión de participar voluntariamente. Utilice el tiempo que desee para estudiar el contenido de este documento antes de decidir si va a participar del mismo.

- Si usted accede a estar en este estudio, su participación consistirá en participar de entrevistas que busquen profundizar respecto a los siguientes temas. Modelo de Salud Mental Comunitaria, Rehabilitación Psicosocial, Trastornos Psiquiátricos, Discapacidad e Innovación. Durante el desarrollo de las entrevistas se realizará registro en audio de las respuestas que se proporcionen durante el tiempo que dure cada entrevista en la cual usted participe.
- Al tomar parte en este estudio usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: incomodidad al contestar preguntas sensibles, sin embargo usted se encontrará en todo su derecho a no contestar las preguntas.
- Aunque usted acepte participar en este estudio, usted tiene derecho a abandonar su participación en cualquier momento, sin temor a ser penalizado de alguna manera. De igual manera, el investigador se reserva el derecho de terminar su participación si este considera que es para su beneficio, o para el bien del estudio.
- Usted puede o no beneficiarse directamente por participar en este estudio. El investigador, sin embargo, podrá saber más sobre la incorporación de Innovación Psicosocial en el ámbito de Rehabilitación psicosocial en el marco del Modelo de Salud Mental Comunitaria, y la sociedad en general se beneficiará de este conocimiento. La participación en este estudio no conlleva costo para usted, y tampoco será compensado económicamente.

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

- La participación en este estudio es completamente anónima y el investigador mantendrá su confidencialidad en todos los documentos. Los audios derivados de la aplicación de entrevistas serán custodiados y almacenados por la investigadora en su domicilio personal.
- Los resultados derivados del proceso de investigación serán informados a usted y al establecimiento (Centro) a través de una presentación formal en reunión convocada por la investigadora una vez finalizado el estudio.
- Los resultados derivados del estudio serán utilizados para fines académicos y publicación en revistas científicas.
- Si usted tiene preguntas sobre su participación en este estudio puede comunicarse con el investigador responsable Sra. Antonia Isabel Caifil Martínez estudiante de Magister/Especialización de Psicología Comunitaria de la Universidad de la frontera al Celular 9-73379455, correo electrónico [caifil.cantonia@gmail.com](mailto:caifil.cantonia@gmail.com), dirección Pozo Almonte #1081. De igual forma podrá comunicarse con Profesor Guía Dra. Alba Zambrano Constanzo, académico del Depto. de Psicología de la Universidad de La Frontera.
- Si usted tiene preguntas sobre sus derechos como participante o para reportar algún problema relacionado a la investigación puede comunicarse con la **Dra. Claudia Barchiesi Ferrari**, Presidente del Comité Presidente del Comité Ético Científico de la Universidad de La Frontera, Fono 045-273 4114, Correo electrónico: [cec@ufrontera.cl](mailto:cec@ufrontera.cl), o concurrir personalmente a calle Avenida Francisco Salazar N°01145, Temuco, Pabellón B, 1°Piso, en horario de 09:00 a 17:00 hrs.

## ACTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

Yo

.....  
..... acepto participar voluntaria y anónimamente en el Protocolo de Investigación **Modelo de Salud Mental Comunitaria, Rehabilitación Psicosocial e Innovación Psicosocial: Un análisis de casos en la Provincia de Osorno**, dirigida por la Sra. Antonia Caifil Martínez, Investigador Responsable, estudiante del programa de Magister y Especialización en Psicología Comunitaria, dictado por el Depto. de Psicología de la Universidad de La Frontera, dirigido por el Prof. Guía Dra. Alba Zambrano Constanzo.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación. En relación a ello, acepto responder **entrevistas que serán registradas en audio** sobre temas referentes Modelo Salud Mental Comunitaria, Rehabilitación Psicosocial, Trastornos Psiquiátricos, Discapacidad e Innovación.

Declaro haber sido informado/a que mi participación no involucra ningún daño o peligro para su salud física o mental, que es voluntaria y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Declaro saber que la información entregada será **confidencial y anónima**. Entiendo que la información será analizada por los investigadores en forma grupal y que no se podrán identificar las respuestas y opiniones de cada joven de modo personal. La información que se obtenga será guardada por el investigador responsable en dependencias de la Universidad de La Frontera y será utilizada sólo para este estudio.

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de cada una de las partes.

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

---

**Nombre Participante**


---

**Firma**


---

**Fecha**


---

**Nombre**


---

**Investigador**


---

**Firma**


---

**Fecha**
**Responsable**

Cualquier pregunta que desee hacer durante el proceso de investigación podrá contactar a la Sra. Antonia Caifil Martínez. Celular: 9-73379455, Correo electrónico: caifil.antoniam@gmail.com

Si Ud. siente que en este estudio se han vulnerado sus derechos podrá contactarse con la siguiente persona: **Dra. Claudia Barchiesi Ferrari**, Presidente del Comité Ético Científico de la Universidad de La Frontera, Fono 045 273 4114, Correo electrónico: cec@ufrontera.cl.

**Anexo 2**
**Pauta Entrevista Semi-estructurada Grupal**
**(Equipos)**

Nombre :

Edad :

Profesión/oficio :

Años de Experiencia en el área :

Fecha :

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

Hora :

Objetivo de la Entrevista:

Caracterizar los elementos que favorecen la adopción de la innovación psicosocial. Así como también describir la etapa en que se encuentran los equipos en relación a la adopción del proceso de innovación psicosocial y las ventajas presentes en la innovación.

Temas:

Modelo de Salud Mental Comunitaria, Rehabilitación Psicosocial, Trastornos psiquiátricos, Discapacidad Mental, innovación.

A continuación se detallan preguntas que usted deberá responder de la manera más completa posible.

- 1.- ¿Cuánto conoce usted de su ámbito de trabajo?
- 2.- ¿Usted conoce otros programas o centros que realicen la misma tarea?
- 3.- ¿Cuál es la organización del centro en el que usted se desempeña? ¿Existen diferencias en la organización administrativa, técnica y clínica? ¿Cuál es el rol que usted desempeña?
- 4.- ¿Existe al proceso de inducción al momento de incorporar a un nuevo miembro al equipo? ¿Cuál es el proceso, podría describirlo? ¿Qué elementos (administrativos, técnicos y clínicos) son abordados en el proceso de inducción? ¿Existe acompañamiento por parte de otros miembros del equipo con más experiencia en el dispositivo?
- 5.- ¿Usted considera que existe apertura por parte del Coordinador y equipo de trabajo a incorporar nuevas perspectivas, enfoques o modelos de trabajo en su quehacer?
- 6.- ¿Usted ha asistido en a capacitaciones desde que se encuentra trabajando en este dispositivo? ¿Estás capacitaciones han sido auto-gestionadas o forman parte de las actividades programas del dispositivo? ¿Cuáles son las áreas en las cuales se ha capacitado?¿

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

siente que han sido un aporte para su desempeño profesional?¿el conocimiento adquirido en capacitaciones le ha permitido mejorar la labor individual y del programa?

7.- ¿Desde que usted se encuentra desempeñándose en el dispositivo ha podido participar en espacios de intercambio de experiencias que le hayan permitido comparar y evaluar el propio desempeño del dispositivo? ¿O donde su propia experiencia en el área haya servido de insumo para otros?

8.- ¿Qué percepción tiene usted respecto a la tarea que desempeñan como dispositivo? ¿Cuál cree que es el impacto de los procesos de rehabilitación en sus usuarios y familias? ¿Ha podido evidenciar procesos de cambios en los y las usuarios y usuarias intervenidas?

9.- ¿De qué manera se coordinan internamente para poder tomar decisiones respecto a los planes individuales de tratamiento/rehabilitación integral de cada usuario y familia?

10.-¿Cómo podría describir que es la comunicación que hay en el centro?

11.- ¿Para comunicarse entre los miembros del equipo hacen uso de las tecnologías? ¿Para comunicarse con los usuarios y familiares hacen uso del uso de las TIC'S?¿cómo cuales? ¿Qué tan frecuente es el uso? ¿Recibió algún tipo de capacitación para el uso de ellas? ¿Cómo aprendió a usarlas? ¿Es cómodo para usted este medio de comunicación? ¿Por qué? ¿Qué tipo de información se transmite por este medio?

12.- ¿Para comunicarse entre usuarios y miembros del equipo es de manera directa (cara)? ¿Para comunicarse con los usuarios y/o familiares es de manera directa? ¿Cómo podría describir esta comunicación? ¿Es agradable para usted hablar de manera directa con la persona? ¿Por qué? ¿Qué tan frecuente es el uso de esta capacitación? ¿Este tipo de comunicación es clara, precisa, entendible para usted? ¿Qué tipo de información se transmite por este medio?

13.- ¿Para comunicarse entre miembros del equipo lo hacen de manera personal o en grupo? ¿Para comunicarse con los usuarios y/o familiares es de manera personal o grupal? ¿La



## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

comunicación es a través de terceros? ¿Está comunicación es clara? ¿Qué tan frecuente es este tipo de comunicación?

14.- ¿Qué otros medios pueden identificar que se utilizan en el centro para comunicarse? ¿Qué modos de comunicación podría proponer para el centro de Atención?

15.- Me puede mencionar las Políticas Públicas en el ámbito de la Salud mental en Chile? ¿Conoce los derechos de los usuarios? Sabe las obligaciones y derechos para los centros que otorgan prestaciones a personas que portan trastornos psiquiátricos y discapacidad? ¿Qué podría decir al respecto? ¿Le parecen apropiadas? ¿Qué cambiaría o que no?

16.- ¿Conoces la normativa u orientaciones que existe en Chile para atención a personas con discapacidad o enfermedad mental? ¿Cuáles son, podrías mencionar alguna?

17.- ¿Podría describirme como es la organización del Centro de Recuperación AMORE?

18.- ¿Cómo ha sido su experiencia aquí en el centro de Recuperación AMORE?

19.- ¿El uso de las TIC'S es algo que se está implementando en la capacitación al equipo? ¿El uso de las TIC'S es parte del proceso en el centro para los usuarios?

20.- ¿Cómo es el proceso de contratación que se lleva para ingresar al Centro de Recuperación AMORE? ¿Existe un organigrama del centro? ¿Le parece correcta la forma de contratación? ¿Qué elementos considera que deberían seguir en el proceso de contratación y que otros podría proponer?

21.- ¿Considera que la zona de trabajo es adecuada? ¿Cree que podría estar mejor la ubicación del centro de Recuperación AMORE? ¿En dónde sería más adecuado?

22.- ¿Qué cambios ha visto en el usuario? ¿Al realizar el diseño metodológico de las actividades este está basado en las necesidades de los usuarios y sus características? ¿Creen que están desarrollando habilidades de autonomía en los usuarios? ¿Por qué? y ¿Cómo?

## MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN

23.- ¿Conoce el Modelo de Salud Mental Comunitaria? ¿Qué puede decir al respecto? ¿Qué aspectos pueden mejorarse? ¿Cuáles debería seguir?

24.- ¿Sabe cuál es el diagnóstico psiquiátrico de los usuarios? Cómo se siente? ¿Qué opina del diagnóstico o de los diagnósticos?

25.- ¿Cuál es la percepción que tienen de los usuarios?

26.- ¿Sabe cómo atender a personas con discapacidad psíquica dentro del centro de Recuperación AMORE? ¿Podría explicar su proceso de atención y todo lo que implica?