

**REPUBLICA DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD  
DIVISION DE RECTORIA Y  
REGULACIÓN SANITARIA  
UNIDAD DE SALUD MENTAL**

**ORIENTACIONES TECNICAS PARA EL DESARROLLO DE  
CLUBES DE INTEGRACION SOCIAL**

**SANTIAGO, ENERO DE 2002**

## **AUTORES**

### **COORDINADOR DEL GRUPO DE TRABAJO:**

Luis Flores, Asistente Social, Unidad de Salud Mental, MINSAL

### **REVISION BIBLIOGRAFICA Y REDACCION**

Luis Ibacache, Psiquiatra, Servicio de Psiquiatría Hospital Barros Luco Trudeau

### **COLABORADORES**

Arriaza, María Eugenia. Terapeuta Ocupacional, COSAM Pedro Aguirre Cerda.

Cabello, Erika. Asistente Social, Unidad de Salud Mental, SS Metropolitano Oriente.

Espinoza, Cristina. Técnico Paramédico, Consultorio San Joaquín.

Hinojosa, Carmen. Asistente Social, Consultorio Arturo Baeza Goñi.

Minoletti, Alberto. Psiquiatra, Unidad de Salud Mental, MINSAL

Narvaez, Patricia. Enfermera y Matrona, Unidad de Salud Mental. MINSAL

Pavez, Guillermina, Asistente Social, Consultorio La Feria.

Riveros, Ruby. Terapeuta Ocupacional Hospital Diurno, SS Metropolitano Occidente

Sam, Irene. Asistente Social, Consultorio San Joaquín.

Tapia, Sofía. Terapeuta Ocupacional, Servicio de Psiquiatría Hospital Barros Luco Trudeau.

Véliz, Olga. Terapeuta Ocupacional Comunidad Terapéutica de Peñalolén.

Yermany, Silvia. Periodista, Unidad de Salud Mental. MINSAL.

# ORIENTACIONES TECNICAS PARA EL DESARROLLO DE CLUBES DE INTEGRACION SOCIAL

## I. INTRODUCCION.

El carácter distintivo del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría es que promueve la creación y el fortalecimiento de una red de dispositivos y servicios de salud mental, insertos en la comunidad y relacionados con las dinámicas normales de la vida de las personas.

En el ámbito de las personas más severamente enfermas, para abordar la satisfacción de sus necesidades, resulta evidente que se requiere de la participación de diversos agentes del estado y de la propia comunidad; el sector salud es sólo uno más en esta perspectiva. Sin embargo, por las características propias de las personas a quienes va dirigida esta iniciativa, es el sector salud el encargado de impulsar un trabajo intersectorial para conseguir la plena integración de los discapacitados psíquicos al tejido social.

La mayoría de los individuos afectados de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos severos presentan, aún durante su fase de estabilidad, distintos grados de dificultades en el funcionamiento en sus diversos roles sociales. Esta condición propia de la enfermedad requiere un enfrentamiento a través de una serie de intervenciones integradas en un proceso terapéutico que involucra distintas estructuras en los servicios de salud y en la comunidad.

Dentro de las instancias de tratamiento y rehabilitación se encuentran lo que se podría denominar estructuras intermedias. Éstas ocupan, para el paciente, un lugar en la cadena de servicios de hospedaje, tratamiento y rehabilitación, situado entre la hospitalización completa y la meta de una vida independiente en la comunidad. En esta perspectiva se puede considerar estructuras intermedias, por ejemplo, al hospital de día, a los distintos dispositivos de rehabilitación y reinserción laboral, a los hogares protegidos y a los centros diurnos de rehabilitación y clubes sociales.

Los clubes de integración social constituyen una respuesta de muy baja especialización técnica, pero de una alta efectividad en el logro de una mayor autonomía de las personas y de una mejor integración en las organizaciones naturales de la comunidad. Los clubes sociales favorecen la desestigmatización de las personas afectadas de trastornos psiquiátricos severos.

Sus propósitos son la socialización e inclusión de los participantes en actividades en las que el tiempo libre y el quehacer se estructuran de una manera sana y protectora y, en lo posible, de la forma más parecida a la vida social de las demás personas.

## II. PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL Y DISCAPACIDAD

La presencia de los trastornos mentales produce un grado variable de deterioro o restricción en las habilidades de una persona para desarrollar una actividad en la manera considerado normal para un individuo en su propio medio socio cultural. Este deterioro es producto, tanto de las consecuencias propias de la enfermedad, como de la cronicación producida por la falta de espacios de rehabilitación psicosocial. Se expresa en las áreas del autocuidado, del rendimiento ocupacional o académico, y del funcionamiento en roles familiares y sociales.

La esquizofrenia refleja de manera emblemática los problemas presentes en la gran mayoría de las personas afectadas por trastornos psiquiátricos severos. De los varones que sufren esquizofrenia, la discapacidad moderada a severa persistente afecta a aproximadamente el 40%, en contraste con el 25 % de las mujeres que sufren la enfermedad. La Esquizofrenia es una enfermedad que afecta preferentemente a personas en etapa productiva. Sólo el 10% de las personas afectadas por este trastorno logra mantener un trabajo con un desempeño cercano al esperable para su condición previa.

Por otra parte, los índices de mortalidad en la población afectada son el doble de la población general. Este fenómeno ha sido relacionado con el descuido en el cuidado por parte de los pacientes y sus familiares, con las pobres condiciones de vida, con las limitaciones en el acceso a los sistemas de salud y con la falta de redes sociales de apoyo. Existe, además, una alta incidencia de mortalidad por suicidio y por accidentes. Para las personas con esquizofrenia, el riesgo de suicidio alcanza a un 10% como prevalencia de vida.

A pesar del mayor conocimiento respecto de los trastornos mentales por parte de las personas, aún existe un fuerte estigma asociado con el diagnóstico de una enfermedad mental, especialmente con la esquizofrenia. De esto se desprenden numerosas consecuencias adversas: el uso de un lenguaje peyorativo, barreras para encontrar trabajo o vivienda, acceso restringido a servicios sociales, escasas posibilidades de conseguir pareja, aumento de posibilidades de un mal tratamiento e institucionalización.

El estigma se encuentra profundamente enraizado en la sociedad, con grados variables según la cultura en la cual se desenvuelve el individuo. El estigma opera incluso en los servicios de salud; a menudo de una manera sutil con actitudes de rechazo hacia los usuarios y perpetuando prácticas que favorecen la segregación y la dependencia.

Producto de la marginación, la persona con esquizofrenia se ve afectada en sus derechos de ciudadano y la recuperación de la capacidad de ejercerlos constituye uno de los puntos esenciales para evitar la estigmatización, atenuar el riesgo de exclusión socio-comunitaria y alcanzar una vida de mayor calidad y satisfacción.

El goce real de estos derechos por parte de las personas que tienen enfermedades mentales severas varía en las distintas sociedades. Aunque en muchos casos, la discapacidad es un factor que reduce las posibilidades de ejercer ciertos derechos, los que son más fáciles de

ser alcanzados por otros miembros de la misma sociedad, es el contexto cultural y económico el principal factor que dificulta que estas persona sean reconocidas plenamente como ciudadanos e interactuen de igual a igual con el conjunto de la sociedad

Desde esta perspectiva, en el caso de personas con discapacidad psíquica, la prevención terciaria (rehabilitación psicosocial) constituye un elemento central de cualquier programa de tratamiento exitoso, teniendo por meta final la integración social plena.

### **III. PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL Y REDES SOCIALES**

El concepto de red social se ha definido, en sentido estricto, como el conjunto de personas actualmente significativas con quienes un individuo tiene interacción social. Estas personas tienen la capacidad de aportar a un individuo o familia ayuda y apoyo real y duradero. En un sentido más amplio, también se considera como parte de la red social de apoyo a las instituciones con las cuales una persona tiene contacto regular.

Una red típica está constituida por un número reducido de personas a las que se conoce íntimamente y, que en su mayoría se conoce entre sí, y un grupo más amplio de personas a las que se ve con regularidad. Una red social normal se caracteriza por poseer interacciones frecuentes, afecto positivo y un componente instrumental de apoyo importante.

La pertenencia a una red social relativamente nutrida ha sido relacionada con mejores niveles de salud mental. En situaciones normales, y con mayor razón en situaciones de crisis, las redes sociales sirven para entregar apoyo a sus miembros. Por ejemplo, las redes pueden proveer apoyo emocional, pueden dar información respecto de los servicios disponibles en la comunidad, pueden sustituir servicios entregados por organismos formales por ayuda informal, pueden contribuir al aprendizaje de conductas frente a situaciones amenazantes, etc.

En el caso específico de los pacientes esquizofrénicos, las redes sociales tienden a ser altamente interconectadas alrededor de los parientes y a tener un contacto mucho menos estrecho con los no parientes. Las relaciones con la familia tienden a ser altamente dependientes. En muchos casos las redes sociales previas al inicio de la enfermedad son relativamente pequeñas en relación con la norma para el grupo social de referencia y se reducen aún más durante la enfermedad.

La percepción de las personas afectadas de esquizofrenia respecto de su red social tiende a ser negativa. Perciben que reciben poca ayuda material y, a su vez, se consideran poco útiles para proporcionar este tipo de ayuda. Los individuos con esquizofrenia en situaciones de conflicto emocional buscan menos el apoyo en su red social que los individuos normales.

Si se considera que los familiares constituyen en gran medida la red de los sujetos con un trastorno mental severo, se puede pensar que esta red familiar modela determinados estilos de comportamiento relacional. Muchas veces se perpetúan actitudes sobreprotectoras,

críticas y hostiles por parte de la familia las cuales restringen las posibilidades de nuevos aprendizajes y crean un ambiente desfavorable para la estabilidad de los pacientes.

La intervención sobre las redes vinculadas al territorio de los pacientes (conocidos, vecinos, grupos e instituciones) puede constituir una forma de activar las redes sociales con el fin de integrarlos a las actividades cotidianas de la comunidad. Esta estrategia se sustenta también en el hecho que la calidad del apoyo se relaciona directamente con la cercanía geográfica y el contacto frecuente.

Por otra parte, el grupo externo a la familia aporta nuevos patrones de enfrentamiento y de relacionarse con los otros, lo que se traduce en mayores recursos psicosociales. De este modo se alivia al paciente y su familia desplazando sus energías a otras actividades.

#### **IV. LOS CLUBES DE INTEGRACION SOCIAL Y EL PROCESO TERAPEUTICO**

Como resultado de las características psicopatológicas propias de la enfermedad mental, de la discapacidad que la enfermedad provoca, del consiguiente empobrecimiento de las redes de apoyo, y la estigmatización existente en la sociedad, la persona afectada por la esquizofrenia u otro trastorno mental severo reduce significativamente su participación en sus distintos roles sociales. Como consecuencia se produce un proceso de aislamiento progresivo y marginación que es una fuente adicional de sufrimiento para la persona y que empeora el pronóstico de la enfermedad. Este proceso se constituye en un círculo vicioso que la persona afectada no se encuentra en condiciones de romper. Por lo tanto, resulta fundamental intervenir terapéuticamente para revertir este proceso de deterioro.

**Discapacidad, interacción social y proceso terapéutico :** Apoyar la integración social de las personas con discapacidad psíquica es una tarea compleja que requiere estrategias que involucran a distintos actores sociales. El sector salud y en particular los servicios de salud mental han promovido diversos espacios de encuentro. Uno de ellos ha sido la creación de Clubes de Integración Social.

Los espacios de interacción social entre pacientes, sus familiares y otras personas constituyen una instancia de entrenamiento en determinadas habilidades de la relación social. La interacción produce un natural modelaje de conductas. En este mismo contexto los clubes de Integración Social pueden proveer un ambiente en el cual se fortalezca y/o se estimule la aparición de conductas adaptativas contribuyendo así a una mejor inserción de la persona en su ambiente familiar y social. La ubicación de estos clubes en espacios naturales de convivencia contribuye a que las conductas aprendidas puedan generalizarse a las relaciones cotidianas de las personas favoreciendo la integración.

Desde otra perspectiva, estas estructuras intermedias - entendidas como el espacio físico y las personas que allí interactúan - van a ocupar un lugar en la mente de la persona afectada por un trastorno psicótico y van a ocupar un lugar en su dinámica relacional, permitiendo si

todo marcha bien, cambios en su funcionamiento psíquico y un restablecimiento de sus relaciones de objeto y de vinculación con el entorno y contribuye también a favorecer el sentido de pertenencia.

Para la mayoría de los individuos, este espacio social se puede ir constituyendo en un espacio "normalizador, sanador, recuperador, integrador y terapéutico" y va a significar la progresiva construcción de un "espacio de realidad intermedio" entre su mundo psicótico, su posición autista, de aislamiento y retraimiento afectivo, y la revinculación con lo real.

Uno de los primeros pasos de esta experiencia de rehabilitación es la progresiva vinculación con el espacio físico del club. Este hecho, en apariencia tan simple, puede ser vivenciado, debido al particular modo de vincularse de la persona afectada por un trastorno psicótico, como un espacio cargado de posibles agresiones.

Desde esta perspectiva, en una primera etapa del proceso de reintegración social, las estructuras intermedias cumplen una función de contención de la angustia y de elaboración de las fantasías. Un espacio acogedor y amigable, y la presencia de personas atentas y disponibles permiten ir desdibujando paulatinamente en la mente del paciente el carácter persecutorio y amenazador del mundo externo. A partir de este encuadre, se dan las condiciones para que la persona comience a salir del "autismo" y acceda a tejer relaciones y a contactarse con su mundo externo como con su mundo interno.

Para establecer un proyecto terapéutico que apunte a la autonomía personal es necesario, en una primera etapa, que se establezca un fuerte lazo de pertenencia en el cual un pequeño grupo de personas sea sentido por el sujeto como identificado e involucrado con él, como una forma de ser acompañado en su tránsito hacia el mundo externo.

En su proceso de reinserción social la persona es particularmente vulnerable a la ruptura de vínculos. El éxito de un programa de rehabilitación implica, que la persona progresivamente deberá abandonar la estrecha relación de apoyo con los equipos que lo han acompañado. Una separación no bien resuelta puede significar para el sujeto afectado por un trastorno psicótico heridas insuperables, volviendo a recrear situaciones anteriores de aislamiento y sentimientos de abandono.

En este contexto, los clubes de integración social constituyen una instancia que puede ayudar a un proceso dinámico de ruptura y mantención de vínculos como una experiencia humana normal.

El club ocupa un lugar crucial en el proceso terapéutico de rehabilitación y reinserción ya que constituye una situación menos protegida, y que se ubica justo en la interfase entre los dispositivos de salud y la comunidad. Se podría decir que es el lugar indicado para lograr una ruptura no traumática de los vínculos de la persona afectada por un trastorno mental con los dispositivos y el equipo de rehabilitación que lo ha acompañado en el proceso.

## V. LOS CLUBES DE INTEGRACIÓN SOCIAL Y LA AUTOAYUDA

**Inserción Social :** Las personas afectadas de problemas psiquiátricos graves, al igual que el resto de los miembros de la sociedad, necesitan insertarse socialmente. Sin embargo, resulta evidente que los déficits de esta población repercuten en una inferior calidad de vida al estar en una situación de menoscabo frente a los demás. La mera inserción de estos individuos en un medio comunitario, que se puede considerar hostil, se traduce en sujetos escasamente calificados, generalmente no aceptados, estigmatizados, con notables desventajas frente a otros y con un exceso de tiempo libre. El paso, desde esta situación, a una real integración comunitaria establece la necesidad de buscar alternativas a la marginación en la misma sociedad donde ésta surge.

**Concepto de autoayuda :** La autoayuda se puede definir como un intento de una persona afectada de un problema, que lo discapacita en un grado variable, por tomar el control efectivo de las circunstancias de su vida. Los grupos de autoayuda se basan sobre el principio de que la gente que comparte una discapacidad tiene algo que ofrecerse mutuamente y que no puede ser provisto por un profesional. Actualmente, se le reconocen a estos grupos los enormes beneficios que significan para los pacientes, sus familias y la sociedad.

Estos grupos, muchas veces son los que se hacen cargo en el largo plazo de innumerables condiciones crónicas. Durante las últimas dos décadas se ha producido una gran expansión en el número de grupos de autoayuda y de organizaciones para personas que han sufrido enfermedades mentales severas.

Las líneas de desarrollo de estas organizaciones han seguido dos caminos distintos: una que busca la reintegración plena a su comunidad de las personas afectadas por una enfermedad sin interferir con el sistema de salud ni desafiar el rol de los profesionales y, otra que enfatiza la toma de conciencia y el empoderamiento de las personas con una enfermedad psiquiátrica de tal forma que ellas se vayan haciendo cargo en forma creciente de las decisiones que les conciernen.

## VI. ANALISIS DE LAS EXPERIENCIAS EXISTENTES

### EXPERIENCIAS INTERNACIONALES

La experiencia internacional con "clubes psicosociales" para pacientes con esquizofrenia comienza después de la segunda guerra mundial en Estados Unidos. El primer club fue fundado por ex pacientes de los hospitales estatales de Nueva York y este modelo se extendió a distintas ciudades y, posteriormente a otros países. "The Fountain House" fue fundado por pacientes que se encontraban solos y sin actividades constructivas tras ser dados de alta de los servicios hospitalarios.

En el contexto de estos clubes, en un primer momento, el equipo profesional mantiene el control administrativo y de las decisiones clínicas, pero promueve la participación activa de los miembros del club en las decisiones del grupo. Paulatinamente el equipo va asumiendo un rol sólo de supervisión y apoyo. Las actividades del club se focalizan en las necesidades de recreación, de apoyo vocacional y de residencia de las personas afectadas de un trastorno psicótico. La clave de este modelo está en la transición gradual de los individuos que participan del club psicosocial desde una relación de cuidado a una relación de apoyo entre iguales e incluso de apoyo a otros.

Otras experiencias han ido evolucionando, desde ese concepto, a un énfasis en el aprovechamiento de los recursos comunitarios. En este sentido, no se trata de constituir una "comunidad especial" sino desarrollar programas dirigidos a optimizar las redes de apoyo social y la autoayuda entre el vecindario. De esta forma el club se constituye en un lugar de tránsito para los individuos en su camino a la integración.

Existe evidencia preliminar que correlaciona la participación en clubes de integración social con un menor índice de readmisiones hospitalarias y de uso de servicios psiquiátricos, con el establecimiento de una red social de apoyo más fuerte, con una mayor posibilidad de obtener -si no de mantener- un empleo, y con un aumento de la autoestima, la confianza y la sensación de bienestar.

## **EXPERIENCIAS NACIONALES**

En concordancia con los cambios producidos en la concepción de los modelos de atención para personas afectadas de una enfermedad mental, se han desarrollado en forma espontánea en distintos lugares del país algunas experiencias ("Casa de Acogida" en Hualpencillo, Servicio de Salud Talcahuano; "Club Social" en Comunas del área del Servicio de Salud Metropolitano Sur; "Casa Club" en los Servicios de Salud de Iquique y Valparaíso, "Grupos de Apoyo" alrededor de los programas de alcohol y droga, etc.) que tienen implícito el concepto de clubes de integración social.

El diseño de estas distintas experiencias considera como elemento común un modelo que enfatiza, por una parte, la vulnerabilidad provocada por un trastorno mental de larga evolución que disminuye en forma significativa y permanente las habilidades sociales necesarias para una integración adecuada a la sociedad y, por otra parte, el rol protector sobre la salud mental que juegan las redes de apoyo.

Las experiencias nacionales respecto de estos clubes para pacientes discapacitados psíquicos se pueden ordenar en dos tipos distintos de organización que comparten algunas características y difieren en otras: Los clubes promovidos por los dispositivos de la red asistencial (Servicio de Psiquiatría, COSAM, Consultorios de Atención Primaria, etc.) y los clubes desarrollados por las organizaciones de usuarios y familiares.

El funcionamiento de los clubes es diferente dependiendo de las condiciones concretas en las que se desarrolla. En la práctica, muchas veces sus objetivos y actividades se superponen con los que corresponden a un centro diurno de rehabilitación.

**Actividades :** Las actividades que se realizan apuntan fundamentalmente a la recreación, a un sano uso del tiempo libre y, al aumento de los contactos sociales. Otras actividades pueden estar orientadas al aprendizaje de algunos oficios, a la educación y crecimiento personal de los participantes, a la difusión de la realidad que enfrentan las personas afectadas por una discapacidad mental, etc.

**Beneficiarios :** Los clubes de integración social son abiertos a la participación tanto de usuarios como de familiares. En algunos lugares son abiertos a la participación de pacientes portadores de patología neurológica discapacitante, personas sin un diagnóstico establecido o, incluso, personas sanas. El número de participantes es variable, con cifras que van entre 10 y 25 asistentes. La mayor parte de los discapacitados que participan en estos clubes tiene el diagnóstico de esquizofrenia.

**Horarios y lugar de funcionamiento :** Su horario de funcionamiento depende de la disponibilidad del lugar físico donde se realizan las actividades y de las personas que las conducen. El rango va entre el funcionamiento un día por semana y el funcionamiento diario. El lugar de reunión puede ser una dependencia de algún centro de atención en salud como un Servicio de Psiquiatría, un Consultorio de Atención Primaria, un Centro de Salud Mental, etc., la sede de algún organismo comunitario, por ejemplo una Junta de Vecinos, una iglesia, una ONG, o una casa especialmente destinada para estos fines.

**Financiamiento :** Algunos de estos proyectos reciben financiamiento parcial proveniente de los servicios de salud, u otros servicios del estado, el cual es complementado por otras fuentes de ingreso. Esta subvención está destinada para el arriendo e implementación del local de funcionamiento, para la adquisición de materiales de trabajo y para la realización de las actividades. El financiamiento no considera el pago de personal. La mayor parte de los clubes funcionan con monitores voluntarios vinculados a las propias organizaciones de usuarios y familiares y/o personal de salud.

**Conducción y liderazgo :** La creación de un club puede ser impulsada por personal de los servicios de salud o por personas vinculadas a las organizaciones de usuarios. Estos distintos orígenes determinan también, de algún modo, diferencias en el énfasis, ya sea en actividades más estructuradas de rehabilitación o en actividades recreativas más libres. En ocasiones se produce una natural tensión entre estos distintos intereses. En general las personas que lideran estas instancias son familiares de pacientes o personal de salud sin una formación especializada en salud mental. La participación de las propias personas afectadas de trastornos psiquiátricos en la dirección de los clubes aún es escasa. Algunos de los clubes se han organizado de acuerdo a la normativa legal respecto de organizaciones sociales lo cual les facilita el acceso a fondos públicos.

**Relación con los Servicios de Salud :** La supervisión respecto de la ejecución de los proyectos y el apoyo técnico para las personas a cargo de los mismos por parte de los equipos especializados de salud mental ha sido precaria. No existe aún un consenso técnico que oriente el trabajo de los clubes. Un problema aún no resuelto consiste en la dudosa sustentabilidad en el tiempo de estas experiencias. Una revisión somera muestra una

marcada dependencia de estas estructuras de determinadas personas que, en la práctica, se transforman en imprescindibles para la continuidad del proyecto.

**Clubes de Integración Social y proceso de rehabilitación** : Otro problema que requiere atención es el de determinar el lugar exacto que a estas instancias le corresponde dentro del proceso de rehabilitación. La experiencia sugiere que sus resultados son mejores en aquellos lugares donde los clubes de integración social son sólo una parte de una amplia red de dispositivos comunitarios de atención clínica, de rehabilitación laboral, de alternativas adecuadas de habitación, etc. Por el contrario, en aquellos lugares donde los clubes son dispositivos aislados, o los únicos disponibles, se corre el riesgo de "institucionalizar" a las personas en esta instancia enfatizando sólo el aspecto relativo a la utilización del tiempo libre y no contando con otros recursos (profesionales, de tratamiento adecuado o de rehabilitación) que favorezcan la autonomía.

## VII. DIRECTRICES PARA LA IMPLEMENTACIÓN

### 1. PROPOSITOS

Sobre la base de los aspectos teóricos y de la experiencia, tanto nacional como internacional, se propone estimular y potenciar la formación de "Clubes de Integración Social", en lugares cercanos al lugar de residencia de la persona afectada de un trastorno psiquiátrico severo, como una instancia de rehabilitación y reinserción en el tejido social de la comunidad a la que pertenece.

- El propósito fundamental del club de integración es el de **fomentar el uso sano y la estructuración del tiempo libre de la persona afectada por un trastorno mental**. Su meta es potenciar la mayor autonomía posible de la persona. Los clubes sociales son un espacio de transición entre los servicios de tratamiento y rehabilitación de discapacitados de causa psíquica y la comunidad. Constituyen un espacio donde la persona con un trastorno psiquiátrico severo es acogida y acompañada en su proceso de integración en la comunidad.
- Un segundo propósito, relacionado con el anterior, tiene que ver con la **reestructuración de las dinámicas familiares** en un sentido de disminuir la dependencia de los pacientes respecto de su familia más directa. Al aumentar y enriquecer las redes sociales de los pacientes con personas no familiares se permite a las familias reorientar sus energías hacia actividades y proyectos propios contribuyendo así a una vida familiar más saludable y, por lo tanto, a un ambiente más propicio para la integración del paciente en las dinámicas de la familia.
- Un tercer propósito es el de relacionarse con distintas organizaciones y servicios presentes en el ámbito de trabajo del club, de tal forma de **aprovechar los recursos comunitarios existentes** en función de la reinserción del discapacitado psíquico. Esta relación es esencial para ampliar y diversificar las posibilidades de

inserción de la persona y para acceder a beneficios y proyectos que exceden el ámbito del sector salud.

- Por último, un club social debe constituir una instancia que **promueva y facilite la organización de los pacientes y de sus familias** en una asociación que se haga cargo de defender y ampliar los derechos de las personas afectadas por trastornos psiquiátricos severos y de llevar a cabo todas aquellas iniciativas que favorezcan su rehabilitación y su reinserción social.

## 2. MODALIDADES

Los clubes de integración social son organizaciones muy diversas que, teniendo objetivos comunes, pueden tomar distintas formas (club social, grupo terapéutico, grupo de autoayuda, etc.). El propósito que los define es la utilización sana del tiempo libre.

Los clubes de integración social pueden ser promovidos por los servicios que prestan atención de salud mental (Servicios de Psiquiatría, COSAM, Consultorios de Atención Primaria, etc) o por organizaciones territoriales y funcionales de la comuna, especialmente asociaciones de usuarios o familiares.

Se debe promover la integración a estos clubes de todas las personas afectadas por un Trastorno Psiquiátrico Severo que limite en forma importante sus posibilidades de una adecuada integración social. Resulta adecuado que la persona participe de un club cercano a su lugar de residencia. Pueden acceder a ellos las personas derivadas desde algún centro de salud o aquellas pesquisadas por la propia organización.

No obstante la diversidad de formas que pueda tener cada club, es conveniente estimular que el grupo de participantes determine algún tipo de estructura interna y defina a las personas que van a cumplir el rol dirigente. La modalidad de organización puede corresponder a la definida por la ley sobre organizaciones comunitarias (ley N° 19418) como una organización territorial funcional. La organización puede resultar clave para la continuidad del club en el tiempo.

## 3. FUNCIONAMIENTO

Para favorecer la autonomía de los grupos, es necesario intencionar el funcionamiento de ellos en espacios físicos distintos de los espacios de los dispositivos de salud. Si bien, en un primer momento resulta más fácil funcionar en las dependencias de un hospital, consultorio o COSAM, posteriormente esto se puede traducir en una mayor dependencia y en una limitación de las potencialidades del grupo.

Para fomentar la integración de las personas en el tejido comunitario natural, se debe evitar que el club se transforme en la fuente de satisfacción de todas las necesidades de interacción social. Se debe estimular el que los individuos busquen respuesta a sus necesidades en las organizaciones comunitarias naturales existentes. Como ejemplo se puede mencionar el completar los estudios medios en un liceo para adultos, el integrarse a

un club deportivo del sector o el inscribirse en una oficina municipal de colocaciones laborales.

#### **4. FINANCIAMIENTO**

Para acceder a financiamiento público los clubes deben tener personería jurídica (de acuerdo a las normas establecidas en la ley N° 19418 sobre organizaciones comunitarias) o desarrollarse bajo el alero de alguna instancia que pueda acceder a fondos públicos.

El monto de la subvención destinada a cada club debe considerar aspectos relativos a la infraestructura necesaria y al funcionamiento. No se considera el pago de honorarios para profesionales de salud. Eventualmente se puede considerar el pago de monitores para las actividades que el club desarrolle.

Se debe estimular la búsqueda de fondos propios que permitan una continuidad del proyecto y la utilización de otros recursos comunitarios (por ejemplo: DIGEDER, servicios de capacitación, programas de educación de adultos, FONADIS, departamentos municipales de la discapacidad, DIDECOS, etc.) de forma de ir vinculando estas organizaciones con el tejido social existente.

#### **5. ROL DEL SECTOR SALUD**

Los profesionales de la salud de un consultorio de atención primaria y/o de los equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria pueden jugar un rol facilitador de la creación y desarrollo de los clubes. Para ello, deben contar con horas de su trabajo destinadas a esta función.

Por parte de las unidades de salud mental de los servicios de salud debe existir, en una primera etapa, un apoyo técnico para la formulación e implementación de los proyectos. Resulta importante capacitar a los dirigentes de estas iniciativas en aspectos relativos a la elaboración de proyectos, administración, etc. Es deseable que el apoyo especializado sólo sea provisional y que vaya decreciendo, en forma paulatina, privilegiando la autonomía de los grupos.

#### **6. CRITERIOS DE EVALUACIÓN**

Deben existir criterios de evaluación claros y conocidos tanto para la evaluación inicial del proyecto como para la ejecución del mismo. Resulta conveniente concordar con los equipos los indicadores que se van a utilizar. En la confección de los indicadores se deben incluir criterios como, por ejemplo accesibilidad, cobertura, percepción de los sujetos participantes respecto del aporte del club en su reinserción, grado de coordinación con otros dispositivos de la red, etc.

Se debe considerar que el proceso de consolidación y autonomía de una organización social depende de una serie de variables que pueden contribuir o dificultar su consecución. Es necesario tener en cuenta estos factores para apoyar el desarrollo de los clubes y no dejar, en forma prematura, sin apoyo económico y técnico clubes que aún no se consolidan.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Arancibia C, Riquelme R; "Estructuras Intermedias en la Comunidad: Una Estrategia Terapéutica de la Psicosis. Desarrollos y Desafíos" en publicación.
2. "Canadian Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Schizophrenia"; Canadian Psychiatric Association, The Canadian Journal of Psychiatry, 1998, vol 43 (suppl 2)
3. "Casa Club de Iquique", presentación del Servicio de Psiquiatría de Iquique, Encuentro Nacional de encargados de Salud Mental, Santiago, Abril de 2001
4. "Casa de Acogida de Hualpencillo", presentación de la Unidad de Salud Mental del Servicio de Salud de Talcahuano, Encuentro Nacional de encargados de Salud Mental, Santiago, Abril de 2001
5. Cendoya M, Del Campo M S, Ruiz-Ortega M; "Ocio y Tiempo Libre. Integración en Recursos Comunitarios" en Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastornos Mentales Crónicos, Coordinador Abelardo Rodríguez, Ediciones Pirámide, Madrid, España, 1997
6. "Cuidados y necesidades de las personas afectadas por trastornos esquizofrénicos que viven en la comunidad". Documento para el consenso internacional propuesto por la Red Maristán. Red Maristán, Julio de 1999
7. "Desarrollo de Clubes de Integración Social en la Atención Primaria", presentación del Servicio de Psiquiatría del Hospital Barros Luco Trudeau, Encuentro Nacional de encargados de Salud Mental, Santiago, Abril de 2001
8. Goering, P and cols; (1997) "Review of Best Practices in Mental Health Reform"; Publications Health Canada, Ottawa, Canadá
9. "Orientaciones Técnicas para el Tratamiento y Rehabilitación de Personas afectadas de Esquizofrenia", Ministerio de Salud, Santiago, Chile, 2000.
10. "Participación Social en Salud: Orientaciones de Políticas y Balance de Gestión", Ministerio de Salud, Santiago, Chile, 1996.
11. "Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría", Ministerio de Salud, Santiago, Chile, 2000.
12. "Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia"; American Psychiatric Association, The American Journal of Psychiatry, 1997, vol 154, (suppl 4)

13. Sepúlveda R, Alvarez C, Troncoso, M; "Análisis de Redes Sociales y Apoyo Social en Jóvenes diagnosticados con Esquizofrenia" en Revista de Psiquiatría, año 13, volumen 1, Santiago, Chile 1996
14. Troncoso M, Alvarez C, Sepúlveda R; "Redes Sociales, Salud Mental y Esquizofrenia. Una revisión del tema" en Revista de Psiquiatría, año 12, volumen 2, Santiago, Chile, 1996

## ANEXO

### Clubes de Integración Social. Cuadro Resumen.

<b>Concepto</b>	Espacio de encuentro destinado a facilitar las relaciones interpersonales de la persona que ha sido afectada por una enfermedad mental severa se encuentra compensada . Ubicado cerca de su residencia, este lugar le permite el desarrollo de actividades que faciliten su capacidad de expresión, iniciativa, creación y comprensión crítica del entorno, todo ello con el propósito de promover su autonomía e integración social.
<b>Objetivos</b>	<p>Ocupar parte del tiempo libre de la persona en la realización de actividades sociales, poniéndola en contacto con su entorno a través de potenciar sus capacidades personales que no han sido desarrolladas con anterioridad, de modo que le permita ocuparlas con eficacia.</p> <p>Fortalecer las redes de apoyo mediante la creación de vínculos con las organizaciones naturales de la comunidad y disminuir el distanciamiento entre las personas que intentan su inserción a la comunidad y quiénes naturalmente lo están.</p> <p>Fomentar la organización de los usuarios y sus familiares y potenciar su vínculo con otras entidades de la comunidad.</p>
<b>Tipo de Organización</b>	Organización funcional, abierta a todas las personas que lo requieran, sin requisitos especiales para su incorporación. Requiere una organización interna básica. Puede obtener personería jurídica.
<b>Dependencia Administrativa</b>	<p>Puede ser independiente o depender de una organización o institución impulsora.</p> <p>Desde el punto de vista de los recursos económicos debe rendir cuenta al Servicio de Salud y, desde el punto de vista técnico, debe ser orientado por los equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria, equipos de los consultorios y/o Unidad de Salud Mental.</p>
<b>Perfil de los Integrantes</b>	<p>Personas que padecen de una enfermedad mental severa y que se encuentran compensadas, cuya principal dificultad está asociada a su insuficiente autonomía y falta de integración a la comunidad.</p> <p>Pueden integrarse también familiares y amigos de estas personas, contribuyendo con su presencia a que la persona discapacitada tenga una mejor adhesión al grupo.</p>
<b>Cobertura Estimada</b>	Destinada a todas las personas con discapacidad psíquica residentes en un sector geográfico. Se estima la participación, en forma regular, de entre 15 y 30 personas.
<b>Tipos de Actividades</b>	<p>Convivencia entre los miembros del club, celebraciones de fechas significativas, fiestas, cumpleaños, paseos, visitas a lugares de interés, juegos de salón, actividades deportivas, artísticas etc.</p> <p>Participación en actividades comunitarias tales como: exposiciones, fiestas o carnavales, campeonatos deportivos, campañas de solidaridad, consejos locales de salud, etc.</p> <p>Fomento de la participación individual de los integrantes del club en otras instancias de la comunidad destinadas al desarrollo personal, a la capacitación, a la recreación, etc.</p>
<b>Roles de los dispositivos del Sector Salud</b>	<p>Fomento de la creación de los clubes.</p> <p>Participación en la creación de clubes, apoyo técnico para el desarrollo de los proyectos; capacitación de los líderes, participación en las actividades que se le soliciten, etc</p> <p>Supervisión técnica y control financiero.</p>
<b>Actores Sociales susceptibles de involucrar</b>	<p>Organizaciones de Usuarios, Organizaciones Vecinales, Iglesias, ONGs, etc.</p> <p>Oficina Municipal de la Discapacidad, DIDECOS, FONADIS, etc.</p> <p>DIGEDER, Institutos de Capacitación, SENCE, FOSIS, Oficina Municipal de Intermediación Laboral, etc.</p>

<b>Financiamiento</b>	Se asigna en forma anual, en un monto a determinar por el Servicio de Salud. En general, los montos corresponden a cifras menores de un millón de pesos por año. Se pueden buscar fuentes de financiamiento complementario (FONADIS, Municipalidades, etc.)
<b>Items financiables</b>	Arriendo de local de funcionamiento, compra de materiales necesarios para la realización de las actividades, movilización, pago de entradas a actividades, compra de víveres a utilizar en las actividades, pago de monitores, etc.
<b>Criterios de Evaluación</b>	<p>Número de Personas participantes del club, número total de personas, número de participantes en cada actividad, etc.</p> <p>Desarrollo de organización interna del club, Integración a las labores del club de otras instancias comunitarias, grado de autonomía alcanzado por la organización, grado de interacción con otras organizaciones comunitarias, etc.</p> <p>Grado de cumplimiento del programa propuesto.</p> <p>Impacto sobre la calidad de vida de los integrantes del club.</p>

