

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA COMUNITARIA



**“RADIO DESCOSIDOS”,
UNA EXPERIENCIA EN SALUD MENTAL COMUNITARIA
CON USUARIOS DE UN HOSPITAL ESPECIALIZADO DE LIMA**

Tesis para optar el grado de Magister en Psicología Comunitaria
que presenta:

JOSÉ CARLOS PONCE DE LEÓN MURIEL

Asesora: Mg. Miryam Rivera Holguín

Lima – Perú
2015

Agradecimientos

Son muchas las personas que de alguna forma u otra han hecho posible que este producto se concrete. Agradezco, Adolfo y Emperatriz, mi padre y mi madre, pues mucho de lo que soy se lo debo a ellos. También agradezco a cada miembro de mi familia, mis hermanos; los tengo siempre presente a cada uno de ellos.

Agradezco a cada miembro y amigos del fuerte y numeroso Colectivo Descosidos: Violeta, Omar, María Grazia, Liliana y Emilia. Todo para ellos por formar parte de esto. También a los amigos pasaron por el colectivo: Miluska, Fabiola, Pablo y Diego; y a quienes se sumarán a esta gran lucha que recién comienza.

Agradezco de manera especial a las personas que forman parte del proyecto de radio cuyos nombres no podré mencionar. Guardo en mí cada imagen de sus rostros, el sonido de sus voces y de sus almas.

A mis amigos y amigas que me acompañan y permanecen a mi lado: Alonzo, Calichi, Claudia, Ian, Javier, Johuseline, Juan Manuel, Kenny, Manuel, Naka, Luis Miguel, Luciana, Luis. También a aquellos amigos y amigas que estuvieron y compartieron parte de mi recorrido.

A las y los compañeros de las “radios locas” de Latinoamérica pues la batalla se hace más fuerte si es hermanada. Especialmente a la Radio Vilardevoz y a la Radio Los Inestables. También agradezco a las bellas personas que conocí en Río Negro, cuyo compromiso, espíritu y compañía, fue motivador para culminar este trabajo.

A Eloy Neyra por su amistad y presencia.

Finalmente, agradezco de manera especial a mi asesora Miryam Rivera Holguín por sus consejos, ideas y gran apoyo.

Resumen

El presente estudio tiene por objetivo explorar las percepciones, de un grupo participantes del proyecto “Radio Descosidos”, acerca de su participación en dicho proyecto. Éste se implementa con usuarios del servicio de salud mental de un hospital especializado en salud mental de Lima y tiene por finalidad utilizar la herramienta radial como un dispositivo para luchar contra el estigma hacia las personas diagnosticadas con enfermedades mentales.

La investigación es de nivel exploratorio, utiliza la entrevista no estructurada como técnica de recojo de información y se desarrolla desde el enfoque de la investigación cualitativa. Los resultados señalan que a través de la participación se está logrando el fortalecimiento de capacidades, se colabora a la recuperación de la salud y, además, propicia el cuestionamiento a las preconcepciones de lo que significa ser “paciente psiquiátrico”. Así también, resalta el reconocimiento de que la experiencia de participación promueve el relacionamiento y el encuentro con el Otro, genera sentido de comunidad y se encuentra vinculada a la construcción de salud mental.

Palabra clave: salud mental comunitaria, dispositivos de comunicación y salud mental, estigma, enfermedades mentales.

Abstract

This study aims to explore the perceptions of a group of participants about their experience in “Radio Descosidos” project, which purpose is to use the radio as a way to confront the stigma against people with mental illness.

The present research is an exploratory study and it uses qualitative research methodology. It collects the perceptions from 12 users of a mental care service of a hospital in Lima through unstructured interviews.

The results show that through the experience in “Radio Descosidos”, participants enhance personal skills, strengthen health recovery and achieve the possibility to question the preconceptions towards people with psychiatric diagnoses. It also emphasize that the project experience promotes interpersonal relationships, develop sense of community and promotes mental health.

Keyword: community mental health, communication devices and mental health, stigma, mental illness.

Índice

Introducción.	1
Salud mental y “locura”	4
Abordajes en salud mental	8
Método	21
Resultados y discusión	27
Conclusiones	47
Referencias bibliográficas	
Anexos	

Introducción

Un conjunto de cuestionamientos atraviesan el inicio de la presente investigación: ¿qué es aquello que conocemos como “locura”? O antes de esto, ¿existe la “locura” como tal o, más bien, es una noción socialmente construida?

La experiencia misma de la vida conduce a las personas a experimentar malestar o sufrimiento psíquico que muchas veces excede el control y se vivencia como desbordante. Entonces, ¿a quién se le denomina “loco”? ¿Quién define quién lo está y quién no? ¿Cuál es el límite de la “normalidad”? Y, además, ¿en qué parte del recorrido de la historia se empieza a ver al que sufre como un “enfermo” y, por tanto, merecido de ser recluso y silenciado?

Martín-Baró (2013) señala que es innegable que los problemas de salud mental tienen un enraizamiento personal y que en su análisis es necesario ampliar la óptica para enfocarlos desde fuera hacia adentro y viceversa, pero sin caer en un reduccionismo social. Es decir, sugiere reflexionar sobre la salud mental como la concretización, en un individuo o grupo, del carácter “humanizador” o alienante de un entramado de relaciones sociales e históricas. En este sentido, la “locura” puede ser analizada como un fenómeno construido socialmente, sin embargo, dicho análisis no debe desentenderse de una realidad concreta de aflicción que experimenta una persona o grupo al atravesar determinado sufrimiento psíquico, sumada a las dificultades fácticas que trae convivir con dicho malestar en el entorno (Correa-Urquiza, 2009).

A partir de esta existencia real del malestar psíquico, del etiquetamiento y prácticas de la psiquiatría, se ha construido de forma predominante en el imaginario social un conjunto de percepciones con matices negativos. Se han atribuido a las personas diagnosticadas con una enfermedad mental la idea de no tener derecho a la dignidad, de tener menor valor y de ser peligrosas, justificándose así la reclusión sin ningún tipo de consideraciones (Etxeberria, 2012; Pérez, 2012).

Considerando que las nociones y formas de abordaje hacia la salud y enfermedad mental corresponden a las particularidades de cada cultura, al contexto social y al momento histórico en el que se encuentra, el abordaje predominante ha sido la institucionalización del “enfermo mental” en hospitales psiquiátricos (Parker, 2005). Sin embargo, a lo largo del

siglo XX, se cuestionó este modelo, pues instituía un sistema de prácticas que, avaladas en la noción de lo “terapéutico”, colaboraba con la construcción de una “identidad deteriorada” ligada a la interiorización del ser “enfermo mental”; dificultando la posibilidad de situarse fuera de dicha identidad y, por lo tanto, de recuperarse (Goffman, 2006).

A partir de la década de 1960, en Europa y Estados Unidos, activistas y diversos movimientos de profesionales desarrollan una postura crítica hacia la psiquiatría tradicional, iniciando procesos de reforma de la salud mental. Nuevas perspectivas críticas y enfoques como la participación y el empoderamiento de los usuarios, el abordaje interdisciplinario, los procesos de desinstitucionalización o la salud mental comunitaria, se desarrollan para orientar los esfuerzos en esta temática (Pérez, 2012).

Sin embargo, a pesar de estas nuevas miradas, que también implican cambios significativos en las prácticas y en las percepciones sociales, institucionales y de los profesionales de la salud, no puede ignorarse que la intensidad y permanencia en el tiempo de los prejuicios, son parte del imaginario social, lo cual afecta a las propias personas que conviven con un malestar psíquico, y al mismo tiempo, dificulta la actividad profesional con ellas (Etxeberria, 2012). Por tanto, es una labor pendiente la de deconstruir ideas asociadas a las personas con diagnósticos psiquiátricos a través de prácticas que cuestionen y problematicen las categorías clínicas.

Ante esto, desde hace más de dos décadas han surgido dispositivos alternativos que proponen construir nuevos modos de pensar y repensar la “salud/enfermedad mental”. Son propuestas que utilizan a la radio como mecanismo de participación para construcción de frentes de lucha contra el estigma y el prejuicio hacia las afectaciones mentales, representando un espacio de educación, fortalecimiento de la democracia y del ejercicio ciudadano (Arévalo, 2014). En palabras de Correa-Urquiza (2009), estos dispositivos de salud mental se orientan a “buscar mejorar el estar social de las personas diagnosticadas a través de la despatologización de las identidades y el cuestionamiento de ciertas categorías” (p.21), y al mismo tiempo desarrollan una nueva praxis colectiva y multidisciplinar que tiene por meta la generación de bienestar.

Asimismo, es preciso señalar que estos dispositivos dialogan con la psicología comunitaria al proponerse como espacios de expresión de grupos invisibilizados por las condiciones de opresión, instituyéndose como mecanismos de acción ciudadana y ejercicio

de la democracia a través de acciones transformadoras. Entonces, posicionan una dimensión ética al proponer un relacionamiento que respeta la diferencia y una dimensión política al ser una práctica orientada al cambio social basado en la participación de las personas con diagnósticos psiquiátricos (Martín-Baró, 2012; Montero, 2007).

En suma, es preciso preguntarse qué acciones se están tomando, en nuestro contexto, para luchar contra el estigma hacia las personas diagnosticadas con una “enfermedad mental”; qué iniciativas viene surgiendo desde la sociedad civil para deconstruir lo que se piensa acerca de la salud y la enfermedad mental, y que visibilice a las personas como sujetos de derechos.

Desde la gestión pública, vienen surgiendo iniciativas que apuestan por una nueva forma de abordar la salud mental alineada a las normas internacionales. Son esfuerzos que se encuentran en pleno proceso y como tal, están sujetos a las circunstancias del tiempo y a las voluntades políticas.

En este contexto, la presente investigación se propone analizar la experiencia de la participación de un grupo de usuarios y usuarias de un hospital público especializado en salud mental, quienes forman parte del proyecto denominado “Radio Descosidos”, el cual se propone como un dispositivo de comunicación alternativa para, precisamente, realizar acciones que visibilicen a las personas que atraviesan afectaciones mentales, como sujetos que emprenden una lucha contra el estigma y los prejuicios.

Por otra parte, cabe señalar que este estudio fue seleccionado para recibir apoyo del Vicerrectorado de Investigación de la Pontificia Universidad Católica del Perú a través del Programa de Apoyo a la Investigación de Posgrado - 2014 (PAIP). Además, fue seleccionado para promover su internacionalización mediante el Fondo Marco Polo (2015-1) otorgado por la Escuela de Posgrado de la misma universidad, lo que posibilitó la realización de una estancia en un centro especializado de salud mental de la provincia de Río Negro, Argentina.

Salud mental y “locura”

La aproximación predominante en la salud mental, de carácter biomédico, ha colaborado a la construcción de percepciones sobre salud y enfermedad como dos categorías opuestas, cuando ambas son parte de un mismo continuo (Parker, 2007). Por esto, es necesario que la expresión *salud mental* inicie un proceso de deconstrucción y resignificación que supere la conceptualización en el imaginario social asociada a enfermedad mental y el enfoque negativo que existe hacia categorías que sancionan conductas diferentes (Ulloa, 2012; Parker, 2007). De modo similar, estos mismos procesos se requieren para los márgenes de la “locura”, que den lugar a un nuevo abordaje clínico que reformule la relación médico–paciente (Vázquez-Rocca, 2006).

Parker (2008) señala que en el proceso de analizar y comprender la *salud mental* en su total complejidad, se debe tomar en cuenta las particularidades del contexto y su interrelación con el fenómeno de la globalización. En este sentido, Galende (2008) sostiene que existe una relación entre el malestar de la sociedad y las nuevas dinámicas del mundo globalizado y del sistema capitalista, lo que conduce a las personas hacia un comportamiento consumista. Las consecuencias de esto son descritas por Chávez y Macías (2012), quienes señalan que los efectos se dan en la construcción de subjetividades y de las relaciones humanas; convierte a nuestra sociedad en una caracterizada por la falta de confianza en el futuro, sentimientos de soledad y desesperanza, diversas formas de paranoia (manifestadas en racismo, discriminación y percibir al otro como amenazador); lo que debilita la posibilidad de iniciar acciones colectivas y políticas.

En ese sentido, estas nuevas dinámicas sociales se producen condiciones de vida emocional “patologizadas” y “normalizadas”, generando que distintas experiencias subjetivas sean silenciadas o escondidas. Esto colabora a que determinadas concepciones sobre la enfermedad mental se constituyan como discursos y saberes cumpliendo una función normativa en la sociedad (Parker, 2008; Foucault, 2005).

Del Cueto (2014) y Ulloa (2012) proponen conceptualizar la salud mental como una producción cultural, en tanto es un bien colectivo que surge de la propia producción subjetiva de una comunidad (engloba la singularidad de las personas, lo social, lo familiar, las relaciones, los modos de vida, lo político, lo histórico, lo simbólico del ser como sujeto psíquico y su “ser en el mundo”). Además, la salud mental, como producto cultural,

trasciende los ámbitos clínicos y debe adoptar una perspectiva política; así, se orienta hacia generar movimientos de resistencia y lucha, en coherencia con el ejercicio de la democracia y con alcanzar una sociedad justa que promueva, precisamente, el bienestar y la salud mental de la sociedad (Ulloa, 2012).

Por otro lado, para Custo (2008), la salud mental también es la vivencia de la satisfacción material y simbólica, expresándose en la construcción de vínculos sanos y solidarios y en la participación en las decisiones que afectan la vida de las personas en el ámbito familiar y comunitario. Además, es también un proceso dinámico, producto de la interrelación entre las características del contexto y las capacidades de los individuos y de los grupos humanos. Asimismo, está vinculada a la participación en los procesos de transformación del entorno (Grupo de Trabajo de Salud Mental, 2006).

Ulloa (2012) agrega que la salud mental está asociada a la manifestación de la voluntad de las personas para hacer y trascender; a través de esta se genera la capacidad para vencer obstáculos personales que impiden tener una relación de afecto con uno mismo. Asimismo, esta voluntad se relaciona con la manifestación del deseo, desde el cual se expresa la singularidad del sujeto; por tanto, la voluntad y el deseo se conjugan para permitir el ejercicio de la libertad de las personas; entonces, la libertad también está asociada a la salud mental.

En este ámbito, Del Cueto (2014) propone que una intervención comunitaria en salud mental debe considerar que el sujeto es “producido colectivamente, fabricado en una relación social, histórica y política, que modifica y origina sus modos de sentir, pensar y actuar” (p.41). Propone a un sujeto “en relación”, por lo que ningún acto suyo es externo a al encuentro con los otros, por el cual se establece un nosotros comunitario; un encuentro con lo común que conecta y crea redes con el territorio y con los otros. En esta misma línea, Martín-Baró (2013) señala que la salud mental es una dimensión de las relaciones entre las personas y grupos, y no solo un estado individual, por lo que su análisis debe situarse en el ámbito de las relaciones sociales, interpersonales e intergrupales, sin perder de vista la forma como se enraíza en cada persona.

Bajo esta perspectiva relacional, Del Cueto (2014), sostiene que existen tres categorías para pensar en el Otro, como son: el otro complementario, que es una persona diferente pero con afinidad de intereses y deseos, es similar y complementario; el otro

compatible: es un otro diverso, diferente, pero es reconocido como semejante del sujeto y en algunos aspectos puede formar parte de un “nosotros”; y, por último, el otro negativo, que es pensado como extraño, genera sentimientos que alejan y separan, genera temores, excluye y hace imposible sentir y pensar en un “nosotros”.

En adición, para Ardila y Galende (2011; citados en Herranz y Yoma, 2013), la salud mental comunitaria tiene como punto esencial la atención del “lazo social”, cuyo sentido radica tanto en la promoción de vínculos saludables con los otros miembros de la comunidad como en la modificación de las relaciones asimétricas con los profesionales de salud; asimismo consiste en integrar a la persona a la comunidad a través de la participación en procesos colectivos. En esta línea, una intervención en salud mental comunitaria elabora propuestas en busca de la mejora de la recuperación y el fortalecimiento de las relaciones sociales teniendo como punto central las condiciones emocionales y sociales de los sujetos y de las comunidades; promueve el empoderamiento de la sociedad, la participación y la acción de las personas como protagonistas de acciones sociales y políticas que contribuyan a mejorar la calidad de vida; y fortalece y afianza el sentido de comunidad (Grupo de Trabajo de Salud Mental, 2006).

Asimismo, las intervenciones en salud mental consideran al grupo como una unidad, lo que posibilita la constitución de un “nosotros”; generándose un proceso grupal que permite elaborar y transferir conocimientos, intercambiar y aprender, desarrollar capacidades individuales en un mundo grupal poblado de afectos (Del Cueto, 2014) y donde se instala principalmente un clima de júbilo (Fernández, 2008).

En este ámbito grupal se da cabida a diversos procesos: se propicia la expresión de la singularidad de cada sujeto albergado en la heterogeneidad de un colectivo; surgen una simultaneidad de relaciones; se estimula el deseo de agencia; las personas componen sus deseos con cada uno de los otros y de esta forma multiplican su potencia (Fernández; 2008; Ulloa, 2012; Del Cueto, 2014). Se establece, entonces, un espacio dialógico de encuentro que intenta dar las condiciones para movilizar ideas que posibiliten el deseo colectivo, “habilitando la invención de otra subjetividad que potencie el bien común, que produzca acontecimientos capaces de romper el orden que permita el encuentro con la libertad” (Del Cueto; 2014 p. 74).

Por otro lado, como señalan Tarí y Ferrer (2012), la “grupalidad” es fundamental en un enfoque de rehabilitación o recuperación de las personas afectadas por trastornos mentales en los siguientes sentidos. En primer lugar, dado que una característica de las problemáticas en salud mental es la dificultad para establecer relaciones cercanas, los espacios grupales son una posibilidad para la persona de experimentar relaciones en una situación de protección donde la presencia de otros no es causa de conflicto o de angustia. Por otro lado, lo grupal representa un espacio en donde se reproduce el aspecto micros social de la vida “en relación” y se convierte en un espacio transicional entre el aislamiento familiar o institucional y la realidad externa. Asimismo, según estos autores, un aspecto importante de los encuadres grupales es la constancia de la experiencia pues ofrece una presencia continua, lo que brinda una esperanza en las personas y donde también se instala una disposición a la ayuda y apoyo en momentos de angustia.

Desde otra perspectiva, para Etxeberria (2012), abordar la labor en salud mental exige reflexión sobre tres categorías éticas asociadas al individuo y a las relaciones de apoyo que establece. Estas categorías éticas son: dignidad, libertad y autonomía. En primer lugar, la dignidad humana, al ser un criterio de igualdad, exige que las personas con diagnósticos psiquiátricos sean consideradas, en toda circunstancia, sujetos de dignidad. Para esto se debe propiciar una vida acorde con ella, a través del trato con respeto y por medio del ejercicio de la libertad y la autonomía. Por otro lado, ejercer la dignidad plenamente significa tener acceso a otros derechos sociales, en especial al derecho al cuidado de la salud.

En segundo lugar, el ejercicio de libertad se da cuando las personas actúan en función a sus propias decisiones para alcanzar sus ideales y cumplir con los deberes. Al trabajar con personas con diagnósticos psiquiátricos se debe tener en cuenta que tienen el derecho a ser reconocidas como libres, para lo cual se deben promover sus posibilidades de libertad, siendo fundamental, entonces, la ayuda profesional y la denuncia de las condiciones de opresión a sus capacidades.

Como tercera categoría se plantea la autonomía en tanto una capacidad que se adquiere y que representa el ejercicio de la libertad. Las personas con cuadros psiquiátricos pueden tener limitaciones en su capacidad de ejercerla. Por ello, se debe promover la

comprensión de que una capacidad con limitación no es igual a incapacidad y que cada persona tiene un grado de autonomía distinto. También se debe ofrecer procesos de crecimiento personal de acuerdo a la singularidad que posibiliten el desarrollo de la autonomía y que contrarresten las condiciones que obstaculizan su pleno ejercicio.

Abordajes en salud mental

En culturas ancestrales, como la cultura china o griega, se conservaba una comprensión sobrenatural, demoniaca o divinizada de la enfermedad mental, lo que avalaba determinados ritos. En las sociedades de occidente luego de la caída del Imperio Romano y durante la época medieval, las creencias religiosas asociaron las explicaciones a una visión cercana al pecado y al defecto moral, lo que condujo a la adopción de prácticas de exclusión fuera del espacio público a través de navíos que partían de las ciudades sin rumbo alguno (Amarante, 2006).

En la época moderna, entre los siglos XVI y XVIII, se asume una etiología de la enfermedad mental que concibe la “locura” como un problema orgánico de la mente. Esto trae como consecuencia la institucionalización en manicomios, asilos y hospitales con el fin de evitar la presencia y tránsito de la “locura” por las calles, mas no con un fin terapéutico (Foucault, 1976; Porter, 2002; Grover y Wong, 2003).

En este contexto, la creación de estas instituciones fue acompañada y avalada por los nuevos requerimientos de control social generados a partir de la adopción de un sistema de producción capitalista (que afectó las formas de vida y trabajo), instalándose normas sociales que reprimían lo que no estaba en armonía con ellas (Foucault, 1976; Amarante, 2006).

Paralelamente a la institucionalización de la reclusión, a partir del siglo XVIII, en coherencia con el prestigio que ganaba la razón científica y la medicina como expresión del humanismo, se constituye la perspectiva médica como la forma más adecuada de abordar la “locura”. Esto colaboró, por un lado, a reforzar el rol del psiquiatra tradicional, legitimando la exclusión, el encierro y el ejercicio de poder científico sobre los sujetos; y por otro, colaboró a conceptualizar la enfermedad mental desde una perspectiva biologicista más que como una disfunción psicológica (Grover y Wong, 2003; Riquelme, 1989; Galende, 1994).

De esto modo, hasta inicios del siglo XX el modelo asilar fue la forma tradicional de abordar las enfermedades mentales, la cual para Amico (2005), se fundamenta en tres aspectos: el juicio de peligrosidad del “enfermo mental”, la preservación del orden social y la idea de cronicidad e irreversibilidad de los padecimientos mentales; lo que, en suma, conduce a asociar el tratamiento de las afectaciones con el aislamiento y la segregación (geográfica y social) facilitando la construcción del estigma.

Sin embargo, entrando en este siglo se empiezan a gestar nuevas perspectivas, como el movimiento llamado “Higiene Mental”, que significó un hito en la psiquiatría en Estados Unidos. Este propuso un modelo de atención abierto hacia la comunidad, cuestionando los procedimientos terapéuticos y el modelo de atención institucional, lo que sentaría las bases de la psiquiatría comunitaria (Grover y Wong, 2003; Galende, 1994). Más adelante, a raíz de los procesos de reconstrucción de la Segunda Guerra Mundial y de la influencia del movimiento antipsiquiátrico, se revalorizan diversas problemáticas subjetivas y se cuestionan diversos temas políticos, culturales y de derechos de las personas. Todo esto propicia movimientos de reforma en diversas partes del mundo, que se orientan a la reincorporación social de personas excluidas (Rodríguez, 2009).

De este modo, durante la década de 1960, se establece en Estados Unidos una política nacional que propone un sistema asistencial, el cual se encargó de desplazar el foco de atención del hospital hacia la población, creándose centros de salud mental comunitarios. Sin embargo, la propuesta tuvo dificultades debido a que originó la externación de los pacientes, que no fue acompañada de un sistema de cuidado eficiente, originando situaciones de abandono (Desviat, 2012; Díaz y Radiszcz, 2012; Rodríguez, 2009).

De manera similar, a partir de la Segunda Guerra Mundial, en Inglaterra se desarrollaron alternativas que promueven el panorama reformista, como la estrategia denominada Comunidades Terapéuticas. Esta implicó una intervención territorial en la que se amplió la responsabilidad del tratamiento a miembros de la comunidad y a los servicios sociales. Se estipuló que las personas con diagnósticos psiquiátricos sean tratadas en unidades psiquiátricas de hospitales generales y hospitales de día, lo que movilizó fuera de la institución el abordaje de los padecimientos psiquiátricos. De este modo, se concluyó que el éxito de cerrar una hospital depende también de la existencia de una gama de servicios de

salud y de otros servicios comunitarios en el plano local (Desviat, 2012; Díaz y Radiszcz, 2012; Rodríguez, 2009).

Uno de los procesos más importantes fue la reforma italiana liderada por el movimiento de Psiquiatría Democrática gestado por Franco Basaglia a partir de la década de 1960. Esta obtiene apoyo político y logra desinstitucionalizar el hospital psiquiátrico en la ciudad de Trieste, iniciando un proceso de humanización y transformación del abordaje de la salud mental. Para esta experiencia, los nuevos servicios implementados representan alternativas y no un complemento a lo hospitalario, creándose integralidad en los servicios. Esta propuesta implicó un sistema de atención ambulatoria, el abandono de medidas restrictivas y el establecimiento de asambleas en las que pacientes y el personal médico discutían sobre cómo reorganizar la institución hospitalaria. Estos cambios lograron generar nuevas formas de relacionamiento al interior de la institución y tuvieron impacto en la sociedad, pues incorporó a la población en actividades dentro de la institución. De este modo, se posibilitó, por un lado, la discusión acerca del sentido del aislamiento y la normalidad, y, por otro, el cuestionamiento de los mecanismos de exclusión y marginación que existen en la sociedad (Desviat, 2012; Pasquale, 2011; Rodríguez, 2009; Sava, 2008).

Por otro lado, cabe resaltar que estas nuevas perspectivas se apoyaron en el movimiento antipsiquiátrico, el cual reunió aportes de diversos autores y colaboró al cuestionamiento del modelo hospitalario, concluyendo que el internamiento de las personas tiene efectos negativos que permanecen más allá del periodo de internación. De este modo, Irving Goffman, a mediados del siglo XX, estudió el funcionamiento de las instituciones psiquiátricas y describió que en su interior se desarrolla en las personas una subjetividad que no permite ver ni a los sujetos ni a la enfermedad que los llevó al hospital; se observa una personalidad institucionalizada que es la reproducción de los modos de hacer y de pensar en la institución (Goffman, 2006). Esto coincide con Galende al afirmar que toda “institución es una organización que condiciona ciertas formas de relaciones humanas, de pertenencia, construye identidades y sistemas normativos, es formadora de subjetividad (Galende, 2008, p. 397).

En este sentido, se cuestiona la dinámica instalada al interior de la institución hospitalaria, donde se coloca al psiquiatra como figura principal de poder y donde se construyen relaciones asimétricas en base a jerarquías, homogenizando al grupo de usuarios

(Galende, 2008; Vázquez-Roca, 2006). En suma, la psiquiatría, por un lado, se ha construido teniendo como base un conocimiento elaborado a partir de relaciones de causalidad de las ciencias naturales y no en base a la experiencia de los pacientes. Por otro lado, ha avalado la construcción de categorías o etiquetas sobre las enfermedades mentales que cumplen una función social y regulatoria, patologizando la heterogeneidad humana, lo que representa una estrategia para lidiar con la locura (Galende, 1994; Parker, 2007; Vázquez-Roca, 2006).

Estas experiencias descritas sientan la base para que en las últimas décadas continúe un panorama reformista. A esto se suman diversos aspectos como: las mejoras en las capacidades técnicas de los sistemas de salud, el desarrollo de tecnologías de rehabilitación psicosocial y, sobre todo, el énfasis en la lucha por los derechos de las personas con sufrimiento mental (Díaz y Radiszcz, 2012). Por ello, en la Declaración de Caracas de 1990 se proponen acuerdos que estipulan la sustitución progresiva de los hospitales psiquiátricos por servicios basados en la comunidad, fundamentándose en el respeto por los derechos humanos de los pacientes psiquiátricos y la reivindicación de sus derechos sociales y civiles (Cohen, 2009).

A partir de la Conferencia de Caracas (1990) se inicia en la región latinoamericana diversos procesos de reforma, uno de los cuales aconteció en Brasil, gestada con gran participación de pacientes, familiares y el conjunto de la sociedad civil, alcanzándose, por un lado, el empoderamiento ciudadano, y por otro, las conquistas técnicas y normativas. De esta manera, se cumplieron, en esta experiencia, tres condiciones que posibilitan una reforma en la asistencia psiquiátrica: una demanda social, la voluntad política y un equipo profesional preparado (Desviat, 2012).

En el 2005, en Brasilia se celebró la Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental, en la que se evaluó críticamente las acciones realizadas en materia de salud mental y se propuso desafíos, colocando énfasis en que los servicios de salud mental deben tener una participación activa de los diferentes sectores, para afrontar la vulnerabilidad psicosocial de la población (Rodríguez, 2009).

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la atención en salud mental en instituciones psiquiátricas representa una respuesta médica y social inadecuada a los trastornos mentales pues perpetúa el estigma y el aislamiento (OMS,

2008). Por tanto, la manera más económica, eficaz y sostenible de mejorar la salud mental es a través del tratamiento y atención proporcionados en las comunidades donde viven las personas pues de esta manera conservan sus redes de apoyo y se mantienen como miembros activos de la vida comunitaria; para esto se debe integrar los servicios de salud mental en la atención general de salud y se debe buscar la colaboración de otros sectores como educación, vivienda, empleo, etc. (Funk et al., 2009).

Frente a este panorama de reformas en salud mental, Díaz y Radiszcz (2012) plantean una postura crítica afirmando que los esfuerzos de las reformas que buscan garantizar los derechos ciudadanos podrían convertirse también en un nuevo espacio de exclusión. Los autores señalan que bajo conceptos como participación, igualdad y ciudadanía se han instaurado nuevos tipos de control social que homogenizan a las formas de vida y a la “locura”, no reconociendo a la persona como un “otro”. Asimismo, argumentan que incluso cuando el nuevo modelo de atención se brinde fuera de los hospitales, se corre el riesgo de fijar la locura en un terreno subjetivo, al permitirse una forma de vivir en las comunidades bajo una regulación biológica y comportamental. Por tanto, proponen que la labor en políticas de salud mental debe dar espacio a la subjetividad y debe privilegiar la singularidad de las personas. En otras palabras, el nuevo abordaje más que un cambio a nivel de estrategia territorial, necesita un cambio a nivel de las concepciones de lo que son las afectaciones mentales y de la visión de sujeto que las experimenta.

Esto nos conduce a reflexionar acerca de si estos avances que se vienen dando en diferentes contextos, tanto en las políticas como en las prácticas y estrategias concretas, realmente están partiendo de una mirada distinta a las personas con afectaciones mentales. En este sentido, Correa-Urquiza (2009), al describir el panorama de la salud mental en España, señala que el tratamiento dejó de tener como eje el hospital psiquiátrico, desarrollándose un extenso sistema ambulatorio que funciona de manera interconectada (incluye centros diurnos, hospitales de día, centros de formación laboral, entre otros) que permite a la persona gozar de relativa autonomía. Sin embargo, ante esto señala que “a pesar de que lo que llamamos locura ha sufrido un proceso de deslocalización (...) no se ha producido una liberación real de la semántica relativa a los afectados” (p. 48) y que todo este desarrollo “no implica que los dispositivos de salud mental hayan cuestionado sus

perspectivas y sus políticas al acercarse al fenómeno (...) pues es aún el modelo biomédico el eje que articulan las prácticas” (p.50).

Por otro lado, para Grover y Wong (2003), existen factores que debilitan los procesos de desinstitucionalización como: la ausencia de adecuados sistemas de soporte para las personas externadas, diversos factores sociales como la falta de acceso a vivienda, factores psicológicos como la estigmatización, así como factores contextuales como el grado de conocimiento y las actitudes de la población en relación a la salud y enfermedad mental.

Así, el modelo de atención de la salud mental en la comunidad es incompatible con la existencia de hospitales psiquiátricos, por lo tanto, los procesos de desinstitucionalización deben acompañar a las estrategias de abordaje en la comunidad (WHO, 2013). Por otro lado, Cohen (2009) señala que los procesos de desinstitucionalización deben seguir los siguientes principios: rescatar los recursos de las personas y de los grupos sociales, trabajar territorialmente, difundir el conocimiento hacia el personal de salud, la familia, los vecinos y otros actores, promover el trabajo en equipo e interdisciplinario, utilizar dispositivos que hagan innecesario el hospital psiquiátrico, facilitar acciones que reduzcan el prejuicio y, por último, garantizar el ejercicio de derechos.

En la actualidad la salud mental sigue siendo uno de los campos más relegados por las políticas estatales tanto en términos de recursos humanos como financieros. Esta es una realidad compartida principalmente por los países de América Latina y El Caribe donde el 73% de los países cuentan con políticas explícitas pero con grandes dificultades en la implementación efectiva, y por otro lado, el 75% cuenta con legislación específica aunque no se encuentre actualizada en los modernos estándares (OMS, 2007). Estos datos dan cuenta de que existen obstáculos para visibilizar a la salud mental como un campo necesitado de mayores recursos, es decir, existe una débil voluntad política para encarar esta realidad. Lo más alarmante es que esto sucede a pesar de que los indicadores de prevalencia de los trastornos mentales van en aumento y se destina en promedio el 1.53% del presupuesto de salud a la salud mental en los países de nuestra región (Benjet et al., 2013; Berenzon et al., 2013; OMS, 2008).

En el contexto peruano, en los últimos años, determinadas acciones del Estado denotan mayores esfuerzos y voluntad para contribuir en materia de políticas públicas en salud mental; sin embargo, dichos esfuerzos técnicos y económicos siguen siendo insuficientes para la demanda que existe en el país en este ámbito (Castellón y Laplante, 2005). Por otro lado, se han ejecutado cambios estructurales en el sector salud y se han elaborado documentos legales que orientan al Estado a desempeñar un rol impulsor del proceso de reforma en la atención en salud mental (Defensoría del Pueblo, 2009).

El Ministerio de Salud del Perú (MINSA), dentro de la política de gestión en Salud Mental, ha elaborado dos documentos técnicos claves: Lineamientos para la Acción en Salud Mental (RD075-2004) y el Plan Nacional de Salud Mental (RD N 943-2006/MINSA). Éstos buscan fortalecer la elaboración de las políticas, planes y estrategias de salud mental bajo un modelo de atención en la comunidad, posicionando la salud mental como un derecho fundamental y como parte de la atención integral de la salud, asegurando el acceso equitativo y universal (Defensoría del Pueblo, 2009). Asimismo, estos documentos contienen directrices para lograr avances con base en la reestructuración y priorización de servicios, y promoción de la equidad, aunque con una clara deficiencia en la instalación de canales orgánicos necesarios para concretar dichas iniciativas (Bustamante et al., 2010).

Asimismo, en cuanto a documentos normativos, la Ley N 29889 (Congreso de la República, 2012) establece el rol del Estado para impulsar un proceso de reforma en la atención en salud mental con la finalidad de implementar un modelo de atención de abordaje comunitario, interdisciplinario, integral, participativo, descentralizado e intersectorial a través de la reestructuración de hospitales, desarrollo de estructuras intermedias para la atención y la desinstitucionalización de las personas con discapacidad (Navarro, 2013). Además, según la Resolución Directoral N 023/2014 (Ministerio de Salud), se estableció un acuerdo de cooperación entre las entidades prestadoras de salud para el fortalecimiento de los servicios de salud mental, con el objetivo de “incrementar la calidad y cobertura de la atención de las enfermedades y problemas de salud mental de la población de Lima”.

Dentro de este marco, a partir del 2010, la gestión del Hospital Hermilio Valdizán tomó acciones en la localidad de Huaycán (Distrito de Ate) para impulsar el proceso de

reforma, promocionar y desarrollar la reestructuración de los servicios de salud mental y psiquiatría con un enfoque comunitario. Concretamente, sus objetivos fueron descentralizar los servicios psiquiátricos y desarrollar servicios de salud mental con orientación comunitaria; para lograr esto se realizó una labor de sensibilización de autoridades sanitarias locales, se desarrolló equipos multidisciplinarios de salud mental en las microredes y se fortaleció el Centro de Salud Mental Comunitaria de Huaycán, así como también se apoyó la gestión de establecimientos de primer nivel de atención para la salud mental. Esta experiencia representó un modelo que aporta para la implementación de estrategias similares en otros ámbitos; asimismo, contribuye a crear estrategias territoriales para descentralizar la salud mental, articulando esfuerzos y proponiendo roles y responsabilidades a los diversos actores locales (Navarro, 2013).

Por último, para el año fiscal 2015, el presupuesto se ha ampliado con el objetivo de descentralizar la atención en salud mental en las regiones, lo que permitirá, al 2016, la implementación de veinte centros comunitarios a nivel nacional (MINSa, 2014). Esta medida incluirá un equipo médico que brindará protección a los pacientes con alta hospitalaria con secuelas discapacitantes y cuya labor será articulada con las redes de salud y los hospitales generales (MINSa, 2015a). Asimismo, en Iquitos se ha logrado el cierre de la entidad psiquiátrica y se están estructurando una red de módulos de atención comunitaria (Instituto Nacional de Salud Mental, 2014); mientras que para agosto del 2015 en Lima, ya se ha inaugurado, en el Distrito de Carabayllo, un Centro de Salud Mental Comunitaria (MINSa, 2015b) y un Hogar Protegido que apoyará a las acciones de desinstitucionalización de pacientes dado de alta (INSM, 2015).

En el contexto latinoamericano, el cuestionamiento al abordaje psiquiátrico y hospitalario de la salud mental ha propiciado la constitución de dispositivos alternativos a nivel grupal, en redes y en comunidades. Representa un núcleo de participación, compromiso y militancia con implicancias ideológicas, sociales, políticas y éticas (Chávez et al., 2012). Se han propiciado propuestas alternativas que aportan a un nuevo abordaje de la salud mental y que son coherentes con los principios de la desinstitucionalización, pues abordan las problemáticas mentales, buscando garantizar los derechos de las personas e intentan orientar a la sociedad hacia la superación de los prejuicios existentes.

El Frente de Artistas del Borda constituye una de estas experiencias. Este se encuentra conformado por un grupo de personas internadas y externadas del Hospital Psiquiátrico Borda (Buenos Aires, Argentina), quienes apostaron por el arte como una disciplina transformadora que cuestiona la estructura vertical de la institución, denuncia la manera cómo el aislamiento produce la desaparición de la conciencia crítica, la pérdida de identidad, la fragmentación de lazos sociales y afectivos, el arrasamiento de los deseos, la privación de su intimidad y el menoscabo de sus derechos. Esta experiencia logra que las personas sean los protagonistas de recuperarse a sí mismos a través del reconocimiento mutuo y el compromiso con la tarea colectiva generada desde el propio deseo y desde la posibilidad de construir vínculos con la sociedad (Sava, 2008).

Por otro lado, se encuentran los proyectos de radio construidos en diversos países de Latinoamérica. La primera emisora en transmitir en un hospital psiquiátrico fue, en 1991, Radio La Colifata (Buenos Aires), el cual representa, hasta la actualidad, una experiencia que propone una labor terapéutica de reconstrucción identitaria a través de la restauración de la red social, de la recuperación y valorización del discurso, y de su “vehiculización” a través de los medios de comunicación. De este modo, se sitúa como una práctica “más que alternativa, “alterativa”, por su disposición de trabajo con el Otro y de alterar la lógica vigente en lo relativo a los medios y a las prácticas dispuestas alrededor de la salud mental” (Correa-Urquiza, 2009, p. 46). Asimismo, representa una práctica que busca la deconstrucción de las significaciones sociales imaginarias habilitando espacios que promuevan la integración, y simboliza una vía de escape y de comunicación para armar vínculos con el *afuera*; es una herramienta de concientización y sensibilización ciudadana así como un dispositivo con valor terapéutico (Olivera, 2007; Correa-Urquiza, 2009).

En Montevideo, Uruguay, el proyecto Radio Vilardevoz desde 1997 hasta la actualidad, transmite su señal desde el hospital psiquiátrico de esa ciudad. Utiliza la radio para alcanzar los siguientes objetivos: contribuir al proceso de rehabilitación del paciente a través de una herramienta comunicacional, y promover la reflexión y discusión sobre la locura y la enfermedad mental. Este proyecto ha logrado, por un lado, tener una participación política en instancias de discusión del proceso de reforma de salud mental de dicho país, constituyéndose como un grupo de usuarios empoderado para ser consultado en este proceso. Por otro lado, los participantes de la radio toman acción en diferentes

actividades externas al dispositivo, como eventos culturales, mesas de diálogo, ponencias, entre otras, lo que posibilita la inserción de mecanismos de inclusión social (Jiménez et al., 2012).

La Radio "Los Inestables" de la ciudad de Córdoba (Argentina), inició sus actividades en el 2010, proponiéndose como un espacio que promueve la participación activa de los sujetos y la transformación del pasivo periodo de internación en una activa experiencia comunitaria, lo que implica también una lucha por los derechos vulnerados y por el ejercicio de ciudadanía. Representa también una apuesta en términos políticos, ya que busca articular la salud y la comunicación con un abordaje comunitario, además de buscar un proceso de transformación de la estrategia manicomial en la salud mental (Herranz y Yoma, 2013).

Estas experiencias, a pesar de generarse en contextos y realidades diferentes, guardan aspectos en común, al ser dispositivos de participación y de inclusión social. Para Herranz y Yoma (2013), el dispositivo de radio posibilita participación en los usuarios al representar un proceso de reconocimiento, de escucha y de respeto de unos con otros. De este modo, para poder participar "los integrantes de la radio señalan que necesitan antes ser reconocidos, respetados y escuchados, es decir, que se reconozca su existencia como Otro, habilitado a participar mediante modos de relación subjetivante en que se pueda trabajar la diversidad sin condenarla" (p. 95). Esto concuerda con lo planteado por Correa-Urquiza (2009), al señalar que las experiencias de radios vinculadas a la salud mental posibilitan participación, en tanto es una práctica que se gesta en colectivo con el aporte individual de cada miembro, es decir, es un "hacer con otros" que permite también la toma de decisiones. Además, según este autor, se genera participación en tanto se distribuyen roles a los integrantes reconociendo sus capacidades, intereses y diferencias. Es inclusivo, lo que conduce a un alejamiento respecto a sus identidades enfermas.

Asimismo, en palabras de Herranz y Yoma (2013), se alcanza la reivindicación y recuperación de las voces precarizadas por las condiciones sociales, históricas e institucionales; se posibilita la recuperación de la capacidad de expresión y el ser escuchados, emergiendo en las personas la demanda del "poder decir". Esto propicia, por un lado, el hacer uso del espacio público para exigir derechos, cuestionar las lógicas hegemónicas y problematizar el rol asignado al paciente y sus experiencias de

discriminación, generándose reflexión colectiva sobre la realidad de la salud mental y motivación para llevar a cabo acciones de transformación y de resistencia política. Por otro lado, también es una experiencia orientada a la inclusión social y al ejercicio de derechos, pues posiciona al colectivo como una voz autorizada para dialogar sobre la problemática y posiciona a los participantes en un espacio para efectivizar derechos particulares (libre expresión, derecho a la comunicación), donde se reconocen como titulares de los mismos. De este modo, los participantes reflexionan acerca del tipo de atención que el sistema debe tener, de qué aspectos debe ocuparse. Todo lo anterior propone al dispositivo radia como un aporte para la salud mental comunitaria

De modo similar, en el Perú, la Asociación Civil: Colectivo Descosidos, Comunicación y Salud Mental, viene desarrollando desde el 2009 proyectos que utilizan herramientas de la comunicación (fotografía y radio) para desmitificar lo “locura” y para luchar contra el estigma hacia las personas con padecimientos mentales. De esta manera, los participantes de los proyectos (usuarios del servicio de salud mental del Estado), se apropian de estas herramientas para utilizarlas como medios de expresión que permitan el reconocimiento de sus voces y habilidades; todo esto en un espacio donde se promueve la libertad y el ejercicio del deseo de los participantes (Robles, 2010; Vadillo, 2011).

Desde octubre del 2013 hasta la actualidad, esta organización viene implementado un proyecto de radio con un grupo usuarios del servicio de salud mental del Hospital Hermilio Valdizán. Este dispositivo de radio tiene por objetivo brindar un medio de expresión a través del cual se posibilite el fortalecimiento de las capacidades y las identidades de los participantes. Por otro lado, este proyecto enfatiza en construir relaciones positivas entre los actores involucrados que permitan el reconocimiento de un Otro con derechos y capacidades; un Otro visto más allá de la etiqueta y del diagnóstico. Además, el proyecto propone que a través del ejercicio activo de la voz y de la difusión de programas radiales se creen lazos hacia la comunidad, que colaboren con la lucha por la desestigmatización de las personas con afectaciones mentales (Erausquin et. al, 2013).

Los talleres del proyecto se implementan cada sábado con una duración de dos horas en las cuales se realizan diversas actividades de producción radial, de creatividad, escritura, artes expresivas, debate, reflexión conjunta y de autoconocimiento. Además, de forma periódica se organizan transmisiones en vivo (denominadas “fonoplateas”) en

espacios abiertos del hospital, en las cuales los participantes, desde una “cabina de locución”, dirigen sus propios programas previamente producidos. Cabe señalar que al realizarse en un área pública, representa un espacio común con usuarios en general, familiares y personal de la institución. También es preciso señalar que la experiencia se propone como un proyecto de radio, es decir, aún no tiene vías de difusión masiva. Sin embargo, la meta próxima del proyecto es la edición y emisión de los programas producidos por los participantes a través del trabajo en alianza con emisoras locales, lo que ampliará el espectro de influencia del proyecto.

En función a lo señalado, el contexto de la salud mental en el Perú ofrece un panorama en el cual se pueden identificar esfuerzos para modificar leyes e incluso empiezan a visualizarse iniciativas estatales. Sin embargo, llama la atención las dificultades que existen para instaurar prácticas acordes con los nuevos enfoques de abordaje y para desplazar al modelo de atención hospitalaria como estrategia más extendida para hacer frente a las afectaciones de salud mental. Y, sobre todo, existe un débil accionar para implementar estrategias que problematicen los prejuicios y el estigma hacia las personas que experimentan, y que posibiliten su genuina inclusión social.

Ante esto, es pertinente realizar un análisis de la experiencia de los participantes involucrados en el dispositivo Radio Descosidos, dado que, en nuestro contexto, es una apuesta por la lucha contra el estigma hacia las personas con afectaciones mentales. Asimismo, es preciso explorar los diferentes procesos individuales y colectivos que se vienen generando, a raíz de la participación en las personas. Para esto se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los logros percibidos a partir de la experiencia de participación en el dispositivo de comunicación y salud mental “Radio Descosidos”?

Se propone una investigación centrada en los procesos de aprendizaje antes que en los resultados de los proyectos; asimismo, se pretende que los participantes asignen valor, individual y colectivamente, a las actividades, procesos y los logros de los que forman parte (Úcar et. al. 2014). Para esto el objetivo del presente estudio es:

Explorar y analizar los logros percibidos por los participantes a partir de su experiencia en el proyecto “Radio Descosidos”.



Método

La presente investigación es un estudio exploratorio desarrollado desde un enfoque cualitativo dado que este busca rescatar la subjetividad de los participantes y examinar sus experiencias desde sus propias perspectivas, permitiendo entender los significados e interpretaciones que ellos dan a determinados comportamientos, objetos o eventos; cuyo proceso se basa en una lógica inductiva: se explora, se describe y luego se generan perspectivas teóricas (Hernández, Fernández y Baptista, 2014; Hennink, et. al., 2011).

La aproximación cualitativa, además, propone tres criterios. El primero es que el conocimiento tiene un carácter constructivo-interpretativo pues se encuentra en proceso permanente de construcción y genera nuevos campos de conocimiento. El segundo es la legitimación de lo singular como fuente de producción de conocimiento; se reconoce a lo singular como un elemento que diferencia a los individuos y de este modo, se otorga valor a la subjetividad. Y, el tercer criterio, orienta a comprender la investigación cualitativa como un proceso dialógico y de comunicación por medio del cual se establecen rutas para el estudio de la subjetividad (Gonzales Rey, 2007).

Participantes

Los participantes de esta investigación fueron 12 usuarios de un hospital especializado en salud mental, quienes forman parte del proyecto “Radio Descosidos”. Para decidir sobre su implicación en el estudio, se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

- Tener un año como participantes del proyecto.
- Ser usuarios del servicio de Clínica de Día o del área de internamiento del hospital.
- Haber aceptado de forma voluntaria su implicación en la investigación.

El número de participantes se determinó según el criterio de saturación de categorías, que hace referencia a la situación en la cual si la reciente información recogida no aporta nuevos elementos para el análisis, entonces se puede dar por finalizado el proceso de recopilación de la información (Hernández, et. al., 2014).

Las edades de las personas participantes se encuentran entre los 21 y 59 años y en su mayor parte son varones. Más de la mitad del total ha cursado estudios superiores y proceden de la ciudad de Lima.

En la Tabla 1 se muestra los principales datos sociodemográficos, como son la edad, sexo, lugar de procedencia y estudios de los participantes. Asimismo, cabe señalar que por motivos de confidencialidad, se ha asignado un seudónimo a cada participante.

Tabla 1:

Características de los participantes

Seudónimo	Edad	Sexo	Lugar de procedencia	Estudios
Diana	28	F	Lima	Sec. completa
Mauricio	39	M	Lima	Sec. completa
Armando	53	M	Lima	Superior completa
Carmen	21	F	Lima	Sec. completa
Juan	27	M	Lima	Superior incompleto
Fabricio	51	M	Chincha	Superior completa
Nino	46	M	Lima	Sec. completa
Ernesto	47	M	Lima	Superior completa
Félix	59	M	Lima	Superior incompleto
Soraya	56	F	Lima	Superior incompleto
Eloy	49	M	Lima	Superior incompleto
Alonso	34	M	Ancash	Sec. completa

Respecto al tiempo de atención en el servicio de salud mental, la mayoría tiene un periodo de atención mayor a 8 años y mantienen contacto directo con sus familiares. Por otro lado, la mitad de ellos se atiende a través de servicio de Clínica de Día y los demás participantes se encuentran en condición de internamiento.

Tabla 2:

Información sobre la atención de los participantes

Seudónimo	Tiempo de Atención	Tipo de Atención	Contacto familiares
Diana	8 años	Clínica de Día	Si
Mauricio	12 años	Clínica de Día	Si
Armando	15 años	Clínica de Día	Si
Carmen	6 años	Clínica de Día	Si
Juan	18 meses	Clínica de Día	Si
Fabricio	10 años	Internamiento judicial	Si
Nino	12 años	Internamiento judicial	No
Ernesto	18 años	Internamiento judicial	No
Félix	30 años	Internamiento judicial	No
Soraya	15 años	Internamiento	No
Eloy	14 años	Internamiento judicial	Sí
Alonso	16 años	Clínica de Día	Sí

Técnicas de recojo de información

Se utilizó la entrevista no estructurada pues esta permite recoger información sobre la vivencia de las personas en torno a determinado tema o experiencia (Hennin et. al., 2011) y se plantea como una reunión para conversar e intercambiar información entre dos personas, en base a una guía general de contenido donde el investigador tiene flexibilidad para manejarla (Hernández, et. al., 2014).

La guía de entrevista abordó las percepciones sobre los logros que las personas vienen alcanzado a partir de su participación en la experiencia. Las preguntas se construyeron para explorar los procesos de aprendizaje (conocimientos, habilidades), el impacto a nivel individual y grupal (efectos en las actitudes y en las relaciones interpersonales), y la vivencia afectiva de la participación (Anexo A).

Procedimiento

En primer término, se gestionó la autorización de la institución de salud mental para la ejecución de la investigación y del recojo de la información. Una vez obtenida dicha aceptación, se coordinó con el equipo que implementa el proyecto de radio para informar a todos los participantes acerca de la realización del estudio. Esto tuvo como finalidad, por un lado, explicar el objetivo y la metodología de la investigación, y posibilitar la toma de decisiones en relación a participar o no en la misma; y por otro lado, buscó propiciar un sentido de implicación de los participantes en la misma. De esta manera, se buscó construir lo que Gonzales Rey (2007) define como escenario de investigación cuya “función principal es la emergencia de sentido subjetivos de los participantes en el tema de investigación” (p.61). En otras palabras, se generó en los participantes un proceso de reflexión acerca de la pertinencia de realizar una investigación cuyo eje central fuese su experiencia en el proyecto “Radio Descosidos”. Asimismo, se indagó acerca de la disponibilidad de cada persona para su participación, contándose con la aceptación verbal de todos los presentes. Igualmente, se informó al personal de la institución, quienes brindaron facilidades y coordinaciones pertinentes para la aplicación de las entrevistas.

La elaboración de la guía de entrevista fue discutida con 3 expertos en investigación cualitativa. Se aplicó un piloto de entrevista a dos personas que compartían características similares con el grupo de participantes seleccionado. Se realizaron los ajustes y correcciones respectivas para dar inicio a la fase de aplicación de las entrevistas, las que fueron realizadas por el investigador, quien tiene contacto con los participantes, pues es parte del equipo que desarrolla el proyecto. Esto contribuyó para obtener profundidad en esta etapa de recolección de información, ya que para alcanzar esto es necesario el involucramiento, la interrelación, los lazos afectivos y de confianza entre el entrevistado y entrevistado (de Souza, 2012). Durante cada entrevista se brindó un espacio para la presentación y firma del consentimiento informado (Anexo B), el mismo que contenía la información sobre la investigación y detallaba las condiciones de confidencialidad del proceso investigativo.

Luego de esta fase, las entrevistas fueron transcritas para ser organizadas y procesadas haciendo uso del programa computacional para el análisis cualitativo Atlas-ti versión 6. Se sistematizó la información a través de los procesos de codificación abierta y

codificación axial, siendo procesos centrales por el que se construyen teorías a partir de los datos (Flick, 2004). A través de estos procedimientos, se codificaron categorías de análisis entre las cuales se identificaron relaciones para dar paso a la formación de redes conceptuales (Hernández et. al, 2014). De este modo, emergieron tres redes: fortaleciendo capacidades, recuperando la salud y el cuestionando el ser "paciente psiquiátrico". Este proceso de análisis y construcción de categorías fue elaborado de manera conjunta con la asesora del estudio en el marco de la línea de investigación en salud mental de la Maestría en Psicología Comunitaria.

Asimismo, el análisis de la información y los resultados obtenidos fueron socializados y retroalimentados por expertos en el campo de la salud mental comunitaria del Servicio de Salud Mental del Hospital Público de El Bolsón, Provincia de Río Negro, Argentina. Esto fue posible gracias a una estancia de investigación realizada por el investigador al resultar seleccionado por el Fondo Marco Polo 2015-1 de la Escuela de Posgrado de la Pontificia Universidad Católica del Perú, para incentivar su internacionalización.

Por último, al finalizar todo el proceso de análisis de los resultados, en coherencia con los aspectos éticos, se diseñó un taller de devolución de los mismos, que permitió presentar la información obtenida. Esto se realizó con el objetivo de alcanzar mayor rigor en la investigación y validar la información que asegure el registro del significado completo y profundo a partir de las experiencias de los participantes (Hernández et. al, 2014). De este modo, a través de esta actividad se alimentó la reflexión para las conclusiones del estudio.

Aspectos éticos

Como aspecto ético se considera la participación voluntaria y confidencial de todos los participantes, la que se formalizó con la firma de un consentimiento informado. Para esto, se reemplazaron los nombres originales de los participantes por seudónimos que protegieran su identidad. Por otro lado, la información que es registrada en grabaciones de audio, será eliminada una vez concluido el proceso de investigación.

Se consideró la posibilidad de ofrecer un espacio de soporte emocional durante la entrevista si la persona lo ameritara. Asimismo, se consideró la devolución y discusión de los resultados con los participantes del estudio, dado que al ser protagonistas de la

construcción del nuevo conocimiento, les permitirá hacer un ejercicio de reflexión (Montero, 2011) que colaborará con su participación en el proyecto de radio, el cual continua vigente.



Resultados y discusión

En esta sección se presentan y analizan los resultados obtenidos sobre las percepciones de los participantes en relación a la experiencia de formar parte del proyecto de radio. A través de los procesos de construcción de la información, se logra visualizar cómo los participantes toman información de sus experiencias pasadas, de sus propias singularidades, de las condiciones de vida y de salud actuales, y de las particularidades del contexto, conectándolas con la experiencia del proyecto. De esta forma, como se analizará más adelante, elaboran una valoración en función a estos elementos, construyendo sentidos subjetivos que involucran factores emocionales, simbólicos e históricos (Gonzales Rey, 2008).

A través de los procesos de análisis de la información y categorización, se identifican y describen tres redes conceptuales que corresponden a las percepciones asociadas a los logros que la participación en el proyecto viene generando en los participantes. Cabe mencionar que cada una de ellas, más que referirse a aspectos tangibles alcanzados, denotan procesos que se vienen construyendo a través del formar parte de la experiencia.

De esta manera, los logros percibidos fueron agrupados en tres redes conceptuales: fortaleciendo capacidades, recuperación la salud y cuestionando el ser “paciente psiquiátrico”.

Fortaleciendo capacidades

En esta red conceptual se describen las percepciones de los participantes relacionadas a cómo su involucramiento en el dispositivo radial colabora con el fortalecimiento de ciertas capacidades como: habilidades de comunicación, habilidades técnicas asociadas a la radio y la capacidad para mirarse.

Habilidades de comunicación

En primer término, se encuentra la percepción de que a través de la participación en el dispositivo, se promueve el entrenamiento en ciertas destrezas relacionadas a la producción verbal y a la comunicación, como la expresión ante el público y el desarrollo de seguridad al hablar ante un grupo de personas. Se percibe una valoración positiva sobre

dichas habilidades y al mismo tiempo se reconoce que dicho fortalecimiento implica un proceso dinámico, es decir, se van desarrollando y perfeccionando a través de la participación progresiva en los talleres de radio:

Hemos aprendido, primeramente, a ser más sueltos al expresarnos, a tener más personalidad al expresarnos, ciertos principios que uno debe tener para hablar con una persona y más en una radio, ¿no? Ahora hablamos de una manera más suelta. Más expresivos nos hemos vuelto...Antes no era así. (Usuario con internamiento judicial, 47 años).

Esta percepción se asocia con la identificación de progresos de los participantes, encontrándose una actitud más participativa en los talleres del proyecto. En este sentido, es preciso hacer referencia acerca de cómo determinadas personas que inician una misma sesión con poca disposición a emitir comentarios, finalizan la misma dando muestras de querer transmitir opiniones, verbalizando ideas y vivencias con mayor facilidad. Esto ocurre de manera más enfática cuando la participación de las personas se da de manera continua a lo largo de las semanas y se relaciona a lo señalado en la viñeta anterior al mencionar la presencia de una actitud más expresiva.

Este surgimiento de una actitud participativa y expresiva es de gran trascendencia, en virtud de que se promueve la democratización de la palabra dada la situación histórica y el silenciamiento social de las personas afectadas por un “trastorno mental”, las condiciones del sistema hospitalario (Correa-Urquiza, 2009; Sava, 2008), las características propias de los mismos padecimientos, como la disminución de la comunicación o dificultades para el relacionamiento interpersonal (Tarí y Ferrer, 2012).

Los participantes reconocen que estos progresos relacionados a la comunicación verbal conllevan a enfrentar y superar diferentes temores que tienen como base ciertas características o dificultades personales, por ejemplo: el temor a expresarse frente a un grupo de personas. Esto nos conduce a describir cómo es que el espacio de expresión y entrenamiento verbal, posibilita la superación de dificultades personales. En otras palabras, se identifica que el desarrollo de habilidades de expresión supone enfrentar y superar la angustia de exponerse ante un público, emoción que se evidencia vinculada a las características de personalidad de los participantes y a la percepción de la propia afectación.

Tenemos más seguridad en nosotros mismos, más seguridad al hablar...más tranquilidad al hablar con más gente, en público (...) porque estamos en radio y tenemos que hablar en público, yo soy tímido pero me gusta hablar (Usuario de Clínica de Día, 39 años).

De este modo, la promoción del ejercicio de expresión identificada cumple la función de desarrollar habilidades que van más allá de lo comunicacional, pues se sitúa en un plano relacionado con la superación de dificultades personales.

Habilidades de radio

Tomando como base lo anterior, se logra apreciar que estas destrezas expresivas son potenciadas porque la propuesta radial alcanza a los participantes herramientas de locución que estimulan lo verbal. Asimismo, los participantes valoran el hecho de aprender sobre recursos y técnicas radiales.

Así, los participantes identifican como valioso el aprendizaje de conocimientos específicos como: la impostación de la voz, hablar con claridad, el manejo y la pérdida del miedo al uso del micrófono y la elaboración de cuñas radiales. También hacen referencia a la forma cómo se consolidan los programas haciendo uso de estos aprendizajes:

(...) hablar sobre cuñas, hay todo un orden de presentación, cuña, música, saludos, tocar el tema de fondo, despedirse. Para mí es una experiencia nueva y en la vida, todos estamos aptos para aprender cosas nuevas. (Usuario con internamiento judicial, 51 años).

A su vez, estos conocimientos y capacidades fortalecidas colaboran a alcanzando mejorar en la producción de los programas radiales, tanto a nivel de contenidos como a nivel técnico. Se percibe que estas mejoras se logran debido a la asistencia continua de los participantes y la frecuencia en la producción de los programas; sobre todo se menciona la relación entre la constancia y las personas que se encuentran internadas. De esta manera, se enfatizan las diferentes posibilidades de los participantes en condición de internamiento judicial de poder dedicar más tiempo al proyecto. Esto nos comienza a dar algunas luces acerca de la existencia de los usos, valoraciones y funciones del dispositivo de radio según características como la modalidad de atención:

Félix tiene su programa de canto, Nino tiene su programa de farándula, el mismo Fabricio tiene su programa de política. Entonces ellos tienen la oportunidad de

continuar con sus programas, como están largo tiempo internados, y consolidarse... (Usuario de Clínica de Día, 53 años).

Capacidad para mirarse

Estos dos aspectos fortalecidos, las habilidades de comunicación y las habilidades de radio, se asocian entre sí y se encuentran vinculados a la posibilidad de expresión como un aspecto fundamental en las personas. A partir de este espacio, se percibe como un aspecto importante el producir programas sobre los intereses particulares de cada participante. Se reconoce y valora como un logro y un aspecto positivo del proyecto el hecho de dar lugar a la comunicación y, por encima de esto, a la posibilidad de expresión acerca de cualquier campo de interés particular de las personas, a partir de la mirada hacia uno mismo que permite la exploración de las preferencias de cada uno; en otras palabras, se genera la “posibilidad del decir”, que colabora a fortalecer la identidad de las personas involucradas en el proyecto de radio (Herranz y Yoma, 2013):

Comenzamos a tener nuestros propios programas, algunos tenían su programa de cultura, su programa de deporte... Nos dieron la oportunidad partiendo de lo que nosotros queríamos hacer (Usuaría de Clínica de Día, 21 años).

En este sentido, el espacio de expresión, por un lado, ofrece la oportunidad de manifestar aspectos de la singularidad de las personas, es decir, permite que las personas compartan una parte de sí mismas al grupo a través de canciones, poemas, narraciones de cuentos o textos propios, entre otros. Asimismo, se reconoce que el dispositivo brinda la posibilidad de expresión en diversos campos de la vida:

La radio es una posibilidad que tenemos para poder expresar nuestras ideas, nuestros pensamientos, lo que uno siente por diversos temas, no solamente en lo política sino en lo personal también, en lo laboral, en lo familiar también, tantos matices que uno ve en la vida (Usuario con internamiento judicial, 51 años).

Por otro lado, también se logra compartir expresiones de experiencias asociadas a convivir con las características de una afectación mental, dificultades y vivencias de incompreensión, intolerancia, soledad, discriminación; relatos que provienen de la historia de cada persona, “Aquí conversamos, dialogamos, nos contamos algunas cosas que nos han pasado...nos permite comunicarnos” (Usuario en internamiento judicial, 51 años).

De este modo, este espacio de comunicación da lugar a la acción comunicativa, a la expresión de ideas a través de la palabra y la voz, posibilita que “ocurra la palabra”, ya sea enunciada o escuchada, que es una cualidad de ser una experiencia en colectivo que aborda la salud mental (Ulloa, 2012). En este sentido, se gesta en las personas la postura de ser emisores de un mensaje y al mismo tiempo ser escucha de otros, creándose relaciones de reciprocidad en el grupo; se genera un escenario donde cada miembro se afirma en un proceso de singularización, lo que es señalado por Baroni et al. (2013) como un aspecto facilitado por los proyectos de comunicación alternativa.

Además, la expresión de la individualidad y de la singularidad de cada participante es un aspecto importante que se viene generando a través del dispositivo de radio; aspectos que se encuentran en coherencia por lo propuesto por Díaz y Radiszcz (2012) para las acciones que deben ser incluidas por las nuevas políticas en salud mental.

Recuperando la salud

Para empezar con la descripción y análisis de esta red conceptual, es pertinente apuntar que los participantes del dispositivo radial se encuentran en un proceso de búsqueda de recuperación de la salud y, dentro de esta, perciben que su propia participación en la experiencia de la radio contribuye a alcanzar esta recuperación.

De este modo, se procede a describir las categorías dentro de esta red: encuentro con un Otro, confianza en uno mismo y espacio de expresión.

Encuentro con un Otro

Cabe señalar que como parte de las percepciones recogidas, se constata que existe conciencia de las características y consecuencias del malestar, de las condiciones de vida dentro del hospital y del “habitar” un proceso de búsqueda de salud o “rehabilitación”:

Las personas que estamos en un hospital como este, generalmente hemos perdido muchas habilidades que teníamos antes debido a los problemas que hemos tenido, y este tipo de actividades, en un lugar como este, es muy bueno porque es una rehabilitación de las mismas personas hacia el mundo, es recuperar esas aptitudes que uno tenía antes, para disfrutar cosas simples, conocer otras personas (Usuario en atención ambulatoria, 27 años).

Como se señala en la cita, se empieza a constatar la importancia de las relaciones de las personas con otras o “con el mundo”. Desde este lugar es que los participantes valoran que el proyecto les brinda un espacio para socializar, para conocer nuevas personas, interrelacionarse, crear vínculos, compartir grupalmente, y de esta manera, fortalecer sus habilidades sociales y construir relaciones interpersonales armoniosas.

La radio nos permite socializar, no solo conocer a la personas sino entablar con ellos cierta amistad, ¿no? Evidentemente se ha dado la amistad, y esto también es un proceso, uno empieza a conocerse y tal vez con el tiempo uno entabla con la personas una verdadera amistad (Usuario en internamiento judicial, 51 años).

Es preciso señalar que la importancia que es depositada en la socialización parte de diversos ámbitos como la experiencia de vida, la personalidad y las condiciones de atención en salud mental. En este sentido, es interesante observar cómo los participantes reconocen tener reparos en relacionarse con las personas y debido a esto depositan un mayor valor al espacio de socialización pues permite conocer personas y expresar sus ideas:

Yo no soy muy sociable (sonríe) más o menos. Allí socializo más, ya no estoy en mi casa y aparte como que uno se desenvuelve. Es como ir entrenándome para ser más sociable porque quiero trabajar y estudiar (Usuaría de Clínica de Día, 28 años).

Asimismo, como se manifestó, estas percepciones se establecen también en función de las características individuales de los participantes y también en función a las condiciones de vida actuales, como lo muestra la siguiente cita:

Debido a la situación por la que está uno acá en el hospital... Uno como que se abstrae un poco, como que se aísla un poco, y eso en el fondo no es bueno. La radio es una posibilidad que uno tiene para socializar con nueva gente, en este caso con ustedes y a la vez nos permite socializarnos con otros pacientes (Usuario con internamiento judicial, 51 años).

De esta manera, se logra vincular la experiencia de vida condicionada por el internamiento y la necesidad de poder tener un espacio para relacionarse con otras personas y estrechar vínculos. Por lo tanto, es importante señalar que, al ser una experiencia grupal, los participantes identifican como relevante y valioso lo que se genera en el colectivo, es decir, las personas van reconociendo la importancia de lo que se entreteje y crea dentro del grupo, de las relaciones que se establecen al interior del mismo, de la socialización que se

genera y a través de esto, ciertamente, lograr fortalecer sus habilidades para relacionarse. Así, el espacio grupal representa una posibilidad para experimentar relaciones de confianza en un contexto donde la presencia de otros no es causa de conflicto o de angustia (Tarí y Ferrer, 2012).

En esta línea, se percibe como un logro el poder contar con un espacio que colabora a enfrentar el internamiento, lo que es enfatizado por las personas que permanecen en el hospital durante largas estancias. En otras palabras, en el relato de los participantes se manifiesta una valoración y necesidad de contar con un espacio de expresión y de socialización, en tanto su cotidianeidad transcurre dentro de un contexto donde las oportunidades para comunicarse son percibidas como escasas, “la radio nos permite alcanzar nuestras ideas, opiniones, y si no hubiera Radio Descosidos no tendríamos oportunidad de difundir algo” (Usuario en internamiento judicial, 49 años).

Asimismo, se señala que formar parte del dispositivo brinda la posibilidad de disminuir las emociones negativas generadas por las condiciones de internamiento, colaborando a enfrentar el pesar cotidiano que transcurre dentro de la institución:

Levanta mi ánimo, me da fuerza para aguantar la hospitalización. Tú sabes que mi depresión es fuerte, entonces cuando me dan el micro, sé que estoy un poco duro pero... Prácticamente hace que me dé fuerza para no abandonar... Porque a veces con la misma medicina que uno toma hasta es difícil recordar la letras de las canciones...Entonces estar allí es como una terapia...Uno se siente mejor (Usuario con internamiento judicial, 59 años).

Se distingue la oportunidad de tener un espacio que permita romper con la rutina pues “la radio se hace con bastante interés, es salir del aburrimiento, te permite salir del statu quo” (Usuario en internamiento judicial, 46 años). Esto también se encuentra asociado a la generación de emociones positivas y a la construcción de bienestar:

La radio es como una terapia. No solo le permite a uno expresarse, a la vez también le permite socializar, distraerse un poco y salir del pabellón. Parece mentira pero esa pequeña situación de salir del pabellón te cambia un poco el ánimo; respirar el aire, gozar un poco del sol, las plantas, ver personas... Eso como que te distrae un poco y te levanta el ánimo, (Usuario en internamiento judicial, 51 años).

Entonces, se identifica que ésta atmósfera generada y alcanzada a través de la participación suple a un sistema disciplinante de conductas y de conciencias instaurado por las instituciones psiquiátricas, que posicionan a las personas en un estado pasivo sobre el cual ejercer poder (Foucault, 2006).

Por otro lado, a través de la vivencia en colectivo se desarrollan compañía y vínculos entre las personas, lo que convierte a la experiencia en un espacio de encuentro pues, "se va creando una amistad porque cada sábado nos encontramos acá nosotros para contarnos nuestras anécdotas" (Usuario en internamiento judicial, 46 años); y se posibilita la construcción de lazos. Esto trae una implicancia fundamental que es la interacción con un "Otro", relación que permite un reconocimiento y auto-reconocimiento de uno mismo a través de la mirada hacia una persona externa y que vuelve a uno mismo posibilitando, como señala Berbegal (2012), relaciones intersubjetivas que permiten que se afirme la propia subjetividad.

La interacción y las relaciones que propone el acontecimiento grupal, propicia un reconocimiento recíproco debido a que el grupo ofrece a las personas la posibilidad de entrar en contacto con otras, de "conocer el efecto que el propio comportamiento suscita en otros y también tiene la capacidad de ver en otros lo que aún no se es capaz de ver en uno mismo" (Tarí y Ferrer, 2012; p. 357), tal como se observa en la siguiente viñeta:

He tenido la oportunidad de conocer a muchos de ustedes a quienes antes los veía de vista (...) es bueno sentir esa amistad que llena de afecto, la falta, el vacío (Usuaría en internamiento, 56 años).

Las relaciones se construyen en base al encuentro con un Otro, el cual es percibido como complementario, con deseos e intereses afines, lo que permite la formación de la idea de un "nosotros" (Del Cueto, 2014). De este modo, cabe señalar que, dentro del transcurrir en lo grupal se propicia intercambio, conexión emocional, integración entre los miembros, sentido de pertenencia, acciones de cooperación y solidaridad, lo que se encuentra asociado a la construcción de sentido de comunidad por parte de los participantes (Montero, 2011).

Entonces, estas relaciones derivan en un reconocimiento de aspectos de sí mismos en función de la mirada al compañero, lo que representa una dimensión "alterativa" al propiciar disposición de trabajo con el Otro (Correa-Urquiza, 2009).

Por otro lado, es importante analizar las percepciones acerca de la relación con los miembros del equipo que ejecuta el proyecto. Se percibe que esta se encuentra teñida por valores como la solidaridad, apoyo y respeto, “Ustedes nos apoyan, nosotros hablamos de nuestros problemas y nos escuchan, nos dan palabras de aliento” (Usuario en internamiento judicial, 47 años). Asimismo, rescatan y valoran ciertas características del equipo, “Ustedes tenían una paciencia increíble; cuando uno no entendía o cuando alguien interrumpía, nos tenían una paciencia... Son gente muy sencilla... Eso siempre lo voy a recordar (Usuaría de Clínica de Día, 21 años).

Esto nos permite discutir sobre la importancia de las relaciones democráticas dentro de un dispositivo que aborda la salud mental y sobre cómo, más allá del dispositivo en sí, el aspecto relacional es fundamental pues construye vínculos sanadores, vínculos que empoderan en el sentido que, a través de la mirada en este Otro, se permite a los participantes verse de diferente modo: desestigmatizados. Esto coincide con lo propuesto por Martín-Baró (2013) acerca de la necesidad de relaciones “humanizadoras” en los métodos de intervención que sustituyan las relaciones verticales que se sostienen en nuestro medio. De este modo, se posibilita el construir modos distintos de relación entre los equipos de trabajo y los usuarios, que promuevan un relacionamiento ético a partir del reconocimiento de las personas como sujetos de derechos, con dignidad y en ejercicio de su libertad y autonomía (Exteberria., 2012). Así también, a través de esto se genera un cuestionamiento sobre las relaciones asimétricas que existen dentro de un sistema hospitalario, lo que implica un movimiento en las prácticas de cómo tratar al Otro, aspecto que es identificado por Baroni et al. (2013) como un efecto de los dispositivos de radio.

Otro aspecto asociado a la convivencia en colectivo y a las características relacionales y socializadoras de la participación en el proyecto, es la percepción de la existencia de apoyo y soporte dentro del grupo. Se manifiesta que la participación en el dispositivo al posibilitar diálogo, comunicación, tiempo compartido, actividad conjunta y vivencia en colectivo, facilita la generación de apoyo mutuo entre los miembros del grupo:

Cada uno está en lo suyo pero también nos apoyamos indirectamente porque cuando hay un problema todos hablamos, opinamos, discernimos y salimos a la palestra a hablar del problema y cuando acaba el taller queda un halo de amistad porque nos hemos sentido bien allí (Usuario en internamiento judicial, 47 años).

Así, se reconoce que la experiencia brinda la posibilidad de dar y recibir apoyo del grupo y soporte tanto ante situaciones en las que se expresa malestar y angustia como cuando se manifiesta un estado emocional negativo, una vivencia angustiante; se instala, entonces, una disposición a la ayuda y al apoyo emocional en momentos de angustia; tal como es descrito por Tarí y Ferrer (2012) como características del mencionado encuadre grupal.

Además, la importancia de todas estas diversas formas de intercambio entre los participantes se fundamenta en lo que generan más allá de los lazos relacionales, pues por intermedio de estos se propicia la producción de intersubjetividad y de sentidos compartidos, de cooperación y respeto, que a su vez coadyuva a la generación de relaciones de confianza que dan base a la cohesión social de los grupos (Bebegal, 2012; Tarí y Ferrer, 2012).

Confianza en uno mismo

A través de la narrativa de los participantes, se manifiesta que por medio de la mirada a un Otro se generan miradas hacia uno mismo, que, como se señaló líneas arriba, es lo que conduce al reconocimiento de limitaciones personales. Dicho de otra manera, las dificultades de cada participante afloran a partir de la comparación y de la identificación de una persona con diferentes o mayores habilidades en determinado aspecto. Además, esta información nos remite nuevamente a la idea de que la heterogeneidad del grupo y las características relacionales de la propuesta del proyecto, permiten que se puedan mostrar y se logren hacer conscientes las diferencias asociadas a determinadas características de los participantes:

Los demás dicen su opinión y eso es algo que hasta ahora yo no puedo hacer. “Qué puedo preguntar”, me digo yo. Tengo cosas para preguntar pero no quiero levantar la mano y hablar. Los demás pueden expresarse, pueden decir lo que piensan, yo no puedo hacer eso todavía (Usuaría de Clínica de Día, 28 años).

Asimismo, dado que uno de los rasgos de la propuesta de radio, como es reconocido por los participantes, es la promoción de habilidades de comunicación, existe el reconocimiento de que a través del involucramiento en el proyecto se superan ciertos aspectos de uno mismo que se caracterizan por ser capacidades disminuidas, como el miedo

a expresarse en público o la angustia al interrelacionarse con los demás, “el público me daba miedo pero ya no me da miedo ya. Yo soy tímido, soy introvertido. Cuando hay poca gente estoy más tranquilo pero ya estoy soltándome más” (Usuario de Clínica de Día, 39 años).

Entonces, algunas situaciones que los talleres de radio proponen, enfrentan a las personas con sus angustias o miedos, que en ocasiones son experimentadas intensamente. Ante esto, se percibe que, como parte de la experiencia de la radio, se propicia un espacio permanente para poder enfrentar el malestar generado por tales emociones. De esta manera, al mismo tiempo que se enfrentan determinados temores, también se favorece el uso y el fortalecimiento de los recursos individuales de los participantes, a partir de un reconocimiento de las dificultades y limitaciones personales, lo que conduce a la superación y, por tanto, a alcanzar mayor sentido de confianza en uno mismo. Esto coincide con lo planteado por Ulloa (2012), al referirse a la búsqueda de salud mental como un camino para vencer los obstáculos personales que nos impiden tener una relación de afecto con uno mismo, a partir de lo cual se empieza un recorrido hacia el despliegue de las potencialidades de los sujetos.

Este proceso de superación se da a través del ejercicio de escuchar y mirar al Otro, pues también permite la escucha y mirada hacia uno mismo, lo que provoca una actitud de autocrítica y cuestionamiento sobre el propio desempeño. En este sentido, los participantes manifiestan el deseo de mejorar sus habilidades como locutores de radio.

Además, la importancia de esta percepción se manifiesta también a través de la posibilidad de poder tener un rol más activo en los talleres, adoptando mayor protagonismo en la producción de los programas, creando programas en conjunto e incrementando la participación al solicitar la palabra con mayor frecuencia en las sesiones sabatinas:

Me gustaría participar en deportes con el compañero porque yo sé de deportes, leo mucho noticias de deportes pero me falta un poco más de interés, un poco más de fuerza. Falta poner más de mi parte, esforzarme un poquito más (Usuario de Clínica de Día, 39 años).

De esta manera, la mirada sobre uno mismo también promueve el deseo de mejorar y superar obstáculos personales a partir de ese cuestionamiento y del análisis de las propias capacidades, lo que genera en los participantes la posibilidad de transitar de un estado

pasivo hacia un estado de agencia desde el cual es posible realizar una transformación individual y del entorno, lo cual fue identificado por Zurita (2015) como un indicador de salud mental. En este sentido, también se evidencia el deseo de superación y de autocrítica que impulsa a desplegar mayores esfuerzos para mejorar y para tener un propio programa de radio.

Por otro lado, un elemento fundamental, que también colabora con la obtención de mayor confianza en uno mismo, es la posibilidad de ejercer el deseo y la voluntad a través de la participación en el proyecto de radio. Se reconoce, en diversos momentos de la implementación del proyecto, la manifestación del “querer hacer o decir”, empezando desde la idea inicial de participación en el dispositivo. Se mantiene el recuerdo de cómo fue la experiencia de iniciar el proyecto en la sesión de convocatoria donde se explicó a un grupo amplio de potenciales participantes acerca de la propuesta y de cómo se propició que cada persona pudiera decidir si es que deseaba participar, “hubo una charla en la que explicaron más o menos cómo era lo de la radio y apuntamos en un papel los nombres de las personas que queríamos participar” (Usuario de Clínica de Día, 27 años).

De esta forma, la manifestación del deseo se da desde la elección de participar en el proyecto, desde la afirmación de querer asistir o no al taller, de participar en cada actividad, de expresarse a través de una canción, de expresarse a través de un comentario o una abstención. Todas estas son formas de hacer visible y concreto el deseo de cada persona.

Además, es pertinente señalar cómo los participantes reconocen y perciben en los demás que existe el ejercicio de la voluntad en el hecho de asistir semanalmente y formar parte de la experiencia del dispositivo.

Se puede decir que unos están esperando el día sábado para salir. La encargada pregunta “quienes van a salir de locución” y te apunta (Usuario en internamiento judicial, 47 años).

En este contexto, es importante detallar cómo la experiencia de internamiento y la estructura de la institución puede conducir a que los procesos de decisión personal de las personas usuarias se vean afectados. Esto es reconocido por los participantes en internamiento, quienes hicieron referencia a cómo es la estructura de cada día dentro del hospital; actividades deportivas, laborterapia, actividades de higiene y alimentación:

Hay límites en el pabellón, dar vueltas en los pasillos o ver televisión, o sea estamos sojuzgados a una vida bien estrecha. No envidio pero me da mucha pena no estar en la calle como cualquier gente, comprando mis cosas, haciendo lo que sea por lugares... en fin (Usuaría en internamiento, 56 años).

Como mencionan los entrevistados, la vida intrahospitalaria dispone de una rutina diaria que ordena el cotidiano de forma disciplinante. Todo sigue un orden, una línea estable que da poco espacio al ejercicio de la voluntad. Estas condiciones, la estructura y las relaciones de poder al interior del establecimiento despojan a las personas de sus deseos, de su identidad y de su subjetividad (Sava, 2008), por lo que, como es reconocido en sus percepciones, es valioso contar con un espacio que estimule la voluntad y posibilite la realización del “deseo” a partir de formar parte de un proyecto colectivo.

Además, es importante analizar cómo el deseo de los participantes es manifestado desde la voluntad de ser miembros del proyecto, desde el deseo de comunicar con el micrófono abierto lo que le aconteció en la semana o expresar cómo se siente cada uno hoy, desde la generación de programas a partir de lo que cada uno desea transmitir; que finalmente son manifestaciones que surgen desde la persona que se encuentra inmersa en un colectivo que es desde donde se genera y estimula el deseo de agencia (Fernández, 2008).

Es a partir de esto que tener un espacio que contribuya a promover el deseo es de suma importancia para fortalecer el proceso de salud que se encuentran atravesando los usuarios. A través del proyecto, en las actividades y en cada una de sus etapas, se ha promovido la manifestación del deseo y la expresión de la voluntad, lo que se consolida en el hecho de que el día del taller sea esperado con motivación y permanentemente manifiesten su voluntad para participar.

Espacio de expresión

Se reconoce también que se colabora a alcanzar bienestar en tanto el dispositivo permite la expresión de las personas, lo cual genera emociones positivas. Así, a través de la participación en el dispositivo radial, se reconoce la promoción de estados de ánimo positivos, lo que es generado por la posibilidad de elaborar programas propios en base a los

intereses individuales y a la posibilidad de expresar ideas, sentimientos y de ser escuchados.

Puedo expresar lo que siento...porque a veces uno se guarda las cosas y eso no es bueno (...) Cuando yo tenía mi propio programa, cada uno me pedía su música, era porque yo quería decir o mostrar que a mí me encanta la música (...) Porque dicen que la música trae alegría y si yo me siento alegre también quiero que las personas se sientan alegres” (Usuaría de Clínica de Día, 21 años)

En este sentido, se reconoce a la expresión como una acción que alimenta el sentido de bienestar. Esto puede posibilitarse en determinadas circunstancias, contribuyendo a que las personas hagan frente al problema concreto de salud mental que se encuentran atravesando, como se menciona en la siguiente cita:

Las personas nos podíamos expresar, sentirnos más cómodos entre nosotros (...) Yo me acuerdo que en aquella época yo estaba saliendo recién de mi problema de adicción y la radio me pareció algo muy bueno porque me hizo dar cuenta de que cuando uno se siente mal o está pasando por un mal momento, lo mejor que puede hacer es decirlo. Si te sientes estresado por algo, por el día a día o algo que te haya pasado, lo mejor es decirlo (Usuario de Clínica de Día, 27 años).

Asimismo, también colabora a que se valore la expresión y la emisión de la palabra como un medio para buscar liberar aspectos contenidos de las personas; es decir, se da un proceso de concientización por el cual la “palabra” tiene un función emancipadora. Además, se problematiza también acerca de la necesidad que tienen las personas de expresarse y ser escuchadas: “lo único que puedo decirles es que necesitamos ser escuchados, aquí hay un manantial de opiniones y personas muy lindas y todo esto causa bienestar en mí (Usuaría en internamiento, 56 años).

Cuestionando el ser “paciente psiquiátrico”

Esta tercera red conceptual está vinculada a la problematización del significado de ser una persona diagnosticada con una enfermedad mental. Esto representa un logro que se está alcanzando de forma progresiva y con distintos matices, a raíz de la participación en el dispositivo de radio.

Se ha organizado esta sección de los resultados en las siguientes categorías: cuestionamiento del ser “paciente psiquiátrico” a nivel intragrupal y cuestionamiento del ser “paciente psiquiátrico” en la sociedad.

A nivel intragrupal

Los participantes del proyecto “Radio Descosidos” reconocen que la participación en el proyecto ha cumplido la función de acercar diversas experiencias, cuestionar creencias y también prejuicios que existen en relación a las personas diagnosticadas con afectaciones mentales. Esto implica también a las percepciones que existen dentro del mismo grupo de participantes:

Yo te voy a ser franca...yo también me califico como una ignorante. Antes cuando me decían de este hospital yo decía: “ay no, qué roche, ahora mis amigos van a pensar que estoy en un hospital de “locos”. Pero cuando conocí a cada uno de las personas acá dentro yo pensé todo lo contrario. Este no es un hospital de locos, es solo un hospital que hace rehabilitación a personas con problemas mentales... Yo los conozco y ellos me respetan, me saludan con respeto y con cariño, me muestran su amistad (Usuaría ambulatoria, 21 años).

Dado lo percibido a través de la participación en el dispositivo de radio, que como se ha visto, genera interrelación y vínculos, se identifica como un logro el hecho de tener la posibilidad de cambiar de actitudes y adoptar una postura de mayor apertura y nuevas miradas hacia las personas que conviven con una experiencia psiquiátrica.

Esto se ha hecho posible debido al encuentro propiciado entre usuarios del servicio de Clínica de Día (quienes no necesariamente han tenido vinculación con el internamiento) y los usuarios en internamiento, cuyas condiciones de aislamiento provocan y activan en el imaginario un conjunto de prejuicios y, sobre todo, el estigma. Entonces, se percibe que la experiencia de participación está permitiendo el acercamiento de vivencias, generándose una interrelación a través de formar parte del dispositivo, posibilitando la deconstrucción de ideas y prejuicios, transformándolas en nuevas percepciones.

Por lo anterior, se puede resaltar que dentro del mismo grupo de participantes, el acercamiento de diferentes perspectivas y experiencias, y el tender puentes de diálogo entre diversos grupos de esta población, colabora a la superación de barreras y al alejamiento de los prejuicios.

En la sociedad

Se ha constatado el reconocimiento de la existencia de un estigma social y también se puede apreciar que este se encuentra internalizado, lo que trae efectos en la autopercepción de los participantes del proyecto. En otras palabras, son conscientes de que la sociedad mantiene una serie de concepciones sobre las personas con “enfermedades mentales” y también se reconoce que los mismos participantes asumen estas ideas, las que influyen en la identidad de cada uno:

Las personas que no tienen esta enfermedad, como que les es más fácil desenvolverse, estudiando o trabajando. En cambio nosotros... Sí podemos... Pero creo que tenemos limitaciones” (Usuaría ambulatoria, 28 años).

De esta manera, se apropian de dichas cogniciones, promoviendo la creación de prejuicios, reproduciéndolos y asumiéndolos. Además, se identifica todo esto como causa o limitante para el regreso de algunos participantes y su continuidad en la experiencia del proyecto de radio:

El paciente que sale de alta muchas veces es reacio a regresar al hospital, porque piensa que otra vez lo van a internar o le trae malos recuerdos de su internamiento, porque para nadie es fácil estar internado en un centro hospitalario de psiquiatría; para nadie es fácil asumir eso porque la sociedad en sí considera al paciente psiquiátrico como una persona enferma o especial y no se da cuenta que puede ser una persona normal, común y corriente. Y no es fácil decir a los demás “yo he estado en una clínica psiquiátrica” (Usuario de Clínica de Día, 53 años).

El reconocimiento del estigma es importante, pues a partir de ello, se percibe la posibilidad, que surge a raíz de la participación en el proyecto radial, de poder emitir los programas a través de un canal de difusión abierta, lo que traería como resultado la escucha por un mayor número de oyentes:

Esto es un lanzarse a hacer algo poco visto en nuestro medio... Se ve muy promisorio porque se podría abrir una radio hacia todo Lima que tenga frecuencia... Hay personas que se prestarían a escuchar la radio y a verla... Van a apoyarla (Usuaría en internamiento, 56 años).

Asimismo, además de la conciencia del estigma y del potencial que se percibe en la propuesta de radio, se percibe la posibilidad del uso de la radio como medio de luchar contra el estigma:

Creo que la radio contribuye a que la sociedad, cuando hable de salud mental, deje de pensar que la esquizofrenia es una locura, que piense que es una enfermedad que se puede controlar con pastillas (...) Y la radio puede ayudar a eso, si se difundiera a nivel exterior. Sé que por ahora no se puede, es el sueño que tenemos (Usuario de Clínica de Día, 53 años).

Cabe señalar que, como se ha descrito, las actividades del dispositivo de radio acontecen como talleres sabatinos y una vez al mes se implementan, en los jardines del hospital, transmisiones en vivo o “fonoplateas”. Estas son el medio por el cual la emisión de los programas llega a mayor cantidad de oyentes, como es reconocido de la siguiente manera:

Pienso que en las transmisiones en vivo es cuando tenemos oportunidades de llegar a más gente, allí se rompe un poco el estigma de la locura, ¿no?, de que el paciente psiquiátrico es loco... Porque cuando hablan de salud mental la sociedad juzga que son locos de frente (Usuario de Clínica de Día, 53 años).

De este modo, la visibilidad de la propuesta se efectúa a través de la mencionada actividad, sin embargo, los resultados permiten dar cuenta de que se percibe como una tarea pendiente el poder transmitir un mensaje abierto a la sociedad para cumplir con el mencionado rol “desestigmatizador”. Además, se reconoce a la radio como un medio preciso para lograrlo. Se percibe que este es un objetivo de largo aliento, sin embargo, también se percibe que, a través de estas transmisiones en vivo dentro del hospital, ya se ha empezado a generar acción hacia a ello. A pesar de esto, se mantiene como idea que su mayor alcance se logrará en el futuro, es decir, cuando se logre una difusión abierta, lo que representa una tarea pendiente que estará dirigida a:

Que se ponga en conocimiento que eso de pensar que las personas en un centro de salud mental son locos y no tienen nada que dar, nada que expresar o enseñar, nada que aportar... Que eso es parte de la ignorancia (...) Pero la sociedad puede enterarse y puede entender que los pacientes de salud mental, no todos pero parte de ellos, de acuerdo al cuadro clínico que tengan, tienen la suficiente capacidad

(...) Entonces una manera de cambiar esa forma de pensar es permitir que los pacientes puedan expresarse. Van a decir “mira a los pacientes del hospital, están hablando sobre este tema, que bien lo hablan, parece que no fueran enfermos, pueden expresarse y tienen la capacidad para participar en la radio, para conducir una radio” (Usuario en internamiento judicial, 51 años).

En este sentido, la toma de la palabra a través de la radio, en un nivel individual y colectivo, permite, por un lado, “problematizar las condiciones de producción del ser paciente psiquiátrico” (Baroni et. al., 2013) y, por otro, difundir un discurso históricamente silenciado y atravesado por condiciones de precariedad comunicativa, que es justamente el lugar donde un proyecto de esta naturaleza se coloca para contrarrestarla (Herranz y Yoma, 2013). Claramente, estas ideas se manifiestan como una posibilidad que puede concretarse, sin embargo, es valioso encontrar percepciones de los participantes que se dirijan hacia esta perspectiva.

Por otro lado, se distingue la idea del “paciente” como sujeto que ejerce ciudadanía y participa en el proceso de lucha contra el estigma. La acción de expresarse y de ser escuchados es una forma de ejercer el derecho a la libre expresión y a la comunicación; convierte a los participantes del proyecto en sujetos que ejercen ciudadanía en salud y en comunicación. De este modo, la propuesta de radio, al visibilizar a los “pacientes” como sujetos de derechos, habilitan procesos de participación y empoderamiento y se orienta a generar ciudadanía en salud (Radio Abierta y Radio Vilardevoz, 2012).

En esta línea, es necesario afirmar que para que se posibilite el cumplimiento de los derechos se debe gestar un proceso para alcanzar dicha obtención (Herranz y Yoma, 2013). Por lo tanto, el espacio que brinda el dispositivo radial, facilita que se empiece a construir una problematización en relación a la exigencia de los derechos, a su cumplimiento y al rol que corresponde a cada grupo de la sociedad para alcanzar tales fines.

Así, se identifica la posibilidad de actuar frente a un discurso y a una sociedad que produce y reproduce estigma y discriminación, generándose entonces una experiencia de empoderamiento. Esta es valioso porque fortalece a las personas en tanto generan “movimiento social y luchan contra las lógicas de los aparatos sociales (Touraine, 1992; citado en Zuñiga 2002, p.146).

Ante esto, existe la percepción de que el convivir con una afectación mental no es excluyente de poder contar con otros derechos como la educación o el trabajo:

Que uno tenga problemas mentales no significa que no pueda pensar, que no tenga ideas... Siempre hay formas de salir adelante, una persona con enfermedad tranquilamente puede tener un trabajo, estudiar, depende de la voluntad de uno y de tomar su medicación (Usuario de Clínica de Día, 34 años).

Sin embargo, una lucha no percibida por los participantes de manera frontal pero sí necesaria de discutir, es la construcción de ciudadanía desde la participación de los usuarios en espacios de incidencia en las políticas públicas y en espacios de colaboración para estructurar un sistema de atención en salud mental.

Este punto es muy significativo debido a que, por un lado, propuestas de radio de otros países colocan énfasis en la posibilidad de generar capacidad real de decisión e incidencia en las políticas de salud mental (Baroni, et. al., 2012); y, por otro, experiencias de cambio en los sistemas de atención de la salud mental en otros países nos sugieren que la participación de los usuarios es una pieza central, y se inician desde la práctica cotidiana, es decir, se comienzan a construir conjuntamente los dispositivos con las personas que atraviesan problemas de salud mental (Cohen y Natella, 2013).

En este sentido, es pertinente considerar la necesidad de que un modelo de atención no esté desvinculado al ejercicio de ciudadanía y al respeto de los derechos; por lo que se hace imprescindible tener una propuesta que se establezca más allá de mecanismos de control y seguridad, y que construya un sistema orientado a valorar la subjetividad y a privilegiar la singularidad de las personas, tal como es sugerido por Díaz y Radisz (2012) y Molas (2013).



Conclusiones

Los resultados permitieron construir tres redes conceptuales que agrupan los logros identificados por los participantes de “Radio Descosidos”. La primera está asociada a la percepción de que a través de la participación en el proyecto se están generando aprendizajes y nuevos conocimientos; es una experiencia de fortalecimiento de capacidades, tanto a nivel de habilidades de comunicación y de expresión como a nivel de habilidades vinculadas a aspectos de radio. Se reconoce la importancia de estas dimensiones pues, por un lado, permite superar dificultades personales y mejorar destrezas vinculadas a saber cómo expresarse ante un grupo y, por otro lado, permite aprender herramientas de radio que colaboran a tener un mejor desempeño en los programas a producirse. Además, este fortalecimiento de la expresión posibilita la enunciación de un mensaje, el que se construye a partir de la exploración de los intereses y preferencias de cada uno. Con esto se inicia una mirada hacia uno mismo para identificar qué es lo que se quiere compartir en los programas y en los talleres; representa un mirarse que afirma la individualidad y la identidad de las personas.

La segunda red conceptual está vinculada con el contribuir al proceso de recuperación de la salud que se encuentra recorriendo cada usuario participante del proyecto. Se enfatiza determinados aspectos que se perciben como alimentadores de bienestar, resaltando el reconocimiento de la dimensión relacional que implica la participación en el proyecto en tanto propicia relaciones entre las personas y posibilita el encuentro con un Otro. A través de este componente, se genera un espacio que involucra reconocer y reconocerse como personas con capacidades, dificultades que superar, con deseo de compartir y de tener un espacio de disfrute y de libre expresión donde se respete y escuchen sus opiniones y validen sus emociones.

En esta línea, dado que la propuesta tiene constancia en el tiempo y se implementa a modo de talleres grupales, se promueve el intercambio, el diálogo, el acercarse unos a otros. Nuevamente surge el reconocimiento por parte de los participantes sobre la importancia de la expresión, de la emisión de un mensaje, que es lo que posibilita la escucha y lo que genera que el Otro reconozca una voz y un sujeto en ella. Se reconoce pues, que a través de este relacionamiento y de tener un espacio de libertad, se propician emociones positivas que

colaboran a enfrentar el malestar psicológico. Así, las características percibidas como la promoción de la socialización, el espacio de libertad de expresión, la solidaridad y la contención interpersonal, el sentido de pertenencia y de cohesión, la posibilidad de compartir experiencias y emociones, contribuye a la construcción de sentido de comunidad en el grupo de participantes.

Como tercera red conceptual se encuentra el cuestionar la noción de ser “paciente psiquiátrico” a partir de la participación en el proyecto. Esta idea alberga la posibilidad de utilizar a la radio como herramienta para luchar contra el estigma hacia las personas diagnosticadas con una enfermedad mental. Se reconoce, entonces, una serie de aspectos que derivan en la posibilidad de reconocerse libre de estigmas para, a partir de allí, poder tener acceso a un trato sin discriminación y a otros derechos. Esta posibilidad de liberación del estigma se percibe como un logro de la participación y también como una perspectiva hacia el futuro en los espacios descritos: a nivel intragrupal y en la sociedad.

En suma, las percepciones recogidas permiten distinguir que la participación en la experiencia se vincula y alimenta la salud mental de los usuarios. Esta se promueve, por un lado, a partir del fortalecer capacidades de las personas, de generar un espacio de libertad para la circulación de la palabra y de las emociones, y de posibilitar el ejercicio de la voluntad. Todo esto propicia la afirmación de las identidades a través de un proceso de validación de lo singular, lo que incrementa el sentimiento de confianza en uno mismo.

La salud mental también se encuentra vinculada con la propia identidad, la misma que se reconoce teñida por la vivencia de ser “paciente psiquiátrico” pero que también, como se aprecia en este estudio, puede ser problematizada. En este sentido, es importante rescatar cómo a través de la experiencia de participación en el proyecto se amplifica, se reproducen y ponen en circulación voces que al emitirse y escucharse cuestionan el rol del ser paciente psiquiátrico. Esto genera movimiento en tanto se abandona el rol pasivo impuesto por la cultura, la sociedad y el sistema médico, se empieza a desarrollar agencia y explorar nuevos roles que alejan las dimensiones de la identidad vinculadas al estigma de ser una persona con una “enfermedad mental”.

Esta liberación alcanza su punto central cuando las personas reconocen el valor de poseer una voz, de la importancia de expresarse y la necesidad de ser escuchados; cuando se asumen como sujetos de derechos y con capacidades reales para ejercerlos. En este

sentido, la experiencia de formar parte del proyecto se vislumbra como un espacio inicial de ejercicio de derechos en tanto promueve la problematización en torno al significado de ser usuarios de salud mental (ser pacientes psiquiátricos y sus implicancias en las prácticas de atención y rehabilitación) y de ser titulares de derechos con capacidad de exigirlos.

Por otro lado, se construye y promueve salud mental al percibirse un espacio que da pie a la manifestación del sujeto en su dimensión relacional, posibilitando el encuentro con un Otro a través del cual se da un reconocimiento de uno mismo como sujeto, lo que permite también la afirmación de la individualidad. Además, la construcción de estos vínculos horizontales y democráticos es lo que permite a las participantes percibirse libre de estigmas.

Finalmente, es posible concluir que dados los logros percibidos por los participantes, el proyecto se encuentra en coherencia con una intervención en salud mental comunitaria. Esto porque se ha logrado fortalecer la dimensión relacional de las personas y recuperar el “lazo social” precarizado por condiciones históricas y sociales. Además, pues se propone, a través de un sentido ético, un relacionamiento horizontal, intentando superar las relaciones asimétricas de los abordajes en salud mental. Y, por último, pues se alcanza a fortalecer el protagonismo de las personas a través de acciones colectivas que provocan el auto-reconocimiento de su ser como sujetos de derechos, con posibilidades de exigirlos, ejercerlos, y así, fortalecer el vivir en democracia.

Referencias bibliográficas

- Amarante, P. (2006). *Locos por la vida: La trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- Amico, L. (2005). *La institucionalización de la locura*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Arévalo, J. (2014). La radio comunitaria en AL: En busca del Sur. En: *Sensibilidad Sin Frontera: Comunicación y Voces populares*. 187, 205. PUCP: Lima.
- Bang, C. y Stolkiner, A. (2013). Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/salud mental desde la perspectiva de redes. *Ciencia, Docencia y Tecnología*: Universidad Nacional de Entre Ríos. 24 (46), 123-143.
- Baroni, C., Jimenez, A., Itza, B. y Giordano, M. (2013). Locura en movimiento. En: N. De León (Coord.) *Salud Mental en Debate: Pasado, Presente y Futuro de las Políticas de Salud Mental*. Montevideo, Universidad de la República.
- Benjet, C., Casanova, L., Borges, G. y Medina-Mora, M. (2013). Impacto de los trastornos psiquiátricos comunes y las condiciones crónicas físicas en el individuo y la sociedad. *Salud Pública de México*. 55 (3), 248-256.
- Berbegal, A. (2012). Acompañamiento socio-educativo. En: A. Marcos y G. Topa (Coord.) *Salud mental comunitaria*. Cap. 8. Madrid: Librería UNED.
- Berenzon, S., Saavedra, N., Medina-Mora, M., Basaurí, M., Aparicio, V. y Galván, J. (2013). Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención?. *Pan American Journal of Public Health*. 33 (4), 252-258.
- Bustamante, R., Barboza, M., Bazán, E., Bromley, C. y Lamas, H. (2010). Salud Mental. En: Academia Peruana de la Salud (Ed.) *Historia de la Salud en el Perú*. Vol. 11, Cap. 6. Lima: Biblioteca Nacional del Perú.
- Castellón, R. y Laplante, L. (2005). *Exigiendo el Derecho a la Salud Mental*. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social.
- Chávez, A. y Macías, L. (2012). Salud mental o sufrimiento social: sobre problemas emergentes para el estudio de fenómenos de muertes violentas en México. En A. Chávez, L. Macías y A. Klein (Comp.) *Salud mental y malestar subjetivo: debates en Latinoamérica*. (pp. 19-34). Buenos Aires: Manantial.
- Chávez, A., Macías, L. y Klein, A. (2012). Prólogo. En A. Chávez, L. Macías y A. Klein (Comp.) *Salud mental y malestar subjetivo: debates en Latinoamérica*. (pp. 9-14). Buenos Aires: Manantial.
- Cohen, H. (2009). De la desinstitucionalización a la atención en la comunidad. En: J. Rodríguez. (Ed.) *Salud Mental en la Comunidad*. Cap. 9. Washington DC: OPS.
- Cohen, H. y Natella, G. (2012). *La desmanicomialización: Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

- Correa-Urquiza, M. (2009). *Radio Nikosia: La Rebelión de los saberes profanos* (Tesis para optar el grado de doctor). Universitat Rovira i Virgili, Cataluña, España.
- Corrigan, P., Markowitz, F. y Watson, A. (2004). Structural Levels of Mental Illness, Stigma and Discrimination. *Schizophrenia Bulletin*. 30 (3).
- Custo, E. (2008). *Salud Mental y Ciudadanía. Una perspectiva desde el trabajo social*. Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial.
- Del Cueto, A. (2014). *La Salud Mental Comunitaria: vivir, pensar, desear*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Desviat, M. (2012). La Salud Mental Comunitaria. En: A. Marcos y G. Topa (Coord.) *Salud mental comunitaria*. Cap. 15. Madrid: Librería UNED.
- Defensoría del Pueblo (2009). *Salud Mental y Derechos Humanos*. Lima: Serie de Informes Defensoriales - Informe Defensorial N°140.
- Díaz, F. y Radiszcz, E. (2012). Más allá del encierro asilar. Sobre la gestión gubernamental de la locura y sus nuevas formas de exclusión. En A. Chávez, L. Macías y A. Klein (Comp.) *Salud mental y malestar subjetivo: debates en Latinoamérica*. (pp. 99-120). Buenos Aires: Manantial.
- Erausquin, M.; Maza, M.; Oliva, D.; Pérez, F. y Ruiz, P. (2013). *Estación Valdizán: Una radio en el Hospital Hermilio Valdizán*. Proyecto para el 4to concurso de iniciativas de Responsabilidad de la DARS PUCP.
- Etxeberria, X. (2012). La alternativa existencia ética: Cuatro categorías clave. En: A. Marcos y G. Topa (Coord.) *Salud mental comunitaria*. Cap. 15. Madrid: Librería UNED.
- Fernández, A. (2008). *Las Lógicas Colectivas: Imaginarios, Cuerpos y Multiplicidades*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Foucault, M. (1986). *Historia de la locura en la época clásica I*. México: Fondo cultural económico.
- Foucault, M. (1991). *Enfermedad mental y personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (2003). *El Poder Psiquiátrico*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica de Argentina.
- Funk, M., Faydi, E., Drew, N., Minoletti, A. (2009). Organización de los servicios de salud mental: El modelo Comunitario en salud mental. En: J. Rodriguez. (Ed.) *Salud Mental en la Comunidad*. Cap. 8. Washington DC: OPS.
- Galende, E. (2008). Desmanicomialización institucional y subjetiva. *Psicoanálisis* 30, (2), 395-427.
- Goffman, E. (2006). *Estigma: la identidad deteriorada*. Madrid: Amorrortu.
- González Rey, F. (2007). *Investigación Cualitativa y Subjetividad*. México DF: McGraw Hill.
- Gonzales Rey, F. (2008). Subjetividad y Psicología Crítica: Implicaciones epistemológicas y metodológicas. En: B. Jimenez-Dominguez (Coomp.) *Subjetividad, Participación e Intervención Comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Grover, K. y Wong, F. (2003). *Community Psychology*. New York: Pearson Education.

- Hennink, M., Hutter, I., Bailey, A. (2011). *Qualitative Research Methods*. London: Sage.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México DF: Mc. Graw Hill.
- Herranz, M. y Yoma, S. (2013). *Radio Los Inestables: Alcances del Dispositivo en Salud Mental Comunitaria* (Tesis para optar el título de Licenciatura en Psicología). Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.
- Hickling, F., Robertson-Hickling, H., Paisley, V. (2011). Deinstitutionalization and attitudes toward mental illness in Jamaica: a qualitative study. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 29 (3), 169-176.
- INSM (2014). *En Loreto también es necesaria una atención en salud mental*. Recuperado de <http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2014/055.html>
- INSM (2015). *Inauguran el primer hogar protegido en Lima*. Recuperado de <http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2015/037.html>
- Jiménez, A., Baroni, C. Giordano, M., Cresci, L., y Planchesteiner, D. (2013) Locos por la radio: 15 años de comunicación participativa. En: N. De León (Coord.) *Abrazos: experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental*. Montevideo: Ediciones Levy.
- Kakuk (2013). Aspectos Jurídicos en el campo de la salud menta, derechos humanos: un tránsito necesario. En: N. De León (Coord.) *Salud Mental en Debate: Pasado, Presente y Futuro de las Políticas de Salud Mental*. Montevideo: Universidad de la República.
- Ley N 28889. Congreso de la República del Perú, Lima, Perú, 24 de junio del 2012.
- Martín-Baró, I. (2013). *Acción e ideología: psicología social desde cetroamérica*. San Salvador: UCA Editores.
- MINSa (2014). *En el 2015 se implementará programa presupuestal para atención de problemas de salud mental*. Recuperado de http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/nota_completa.asp?nota=15357
- MINSa (2015a). *Se implementarán 20 centros de salud mental en el Perú*. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16486>
- MINSa (2015b). *Inauguración de Centro de Salud Mental Comunitario en Carabayllo*. Recuperado de http://www.minsarsta.gob.pe/pagweb/2015_notas_prensa/NP-008-2015/INAUGURACION%20DE%20CENTRO%20DE%20SALUD%20MENTAL%20COMUNITARIO.pdf
- Minoletti, A., Narváez, P., Sepúlveda, R. y Funk, M. (2009) Desarrollo de políticas y planes de salud mental comunitaria. En: J. Rodríguez. (Ed.) *Salud Mental en la Comunidad*. Cap. 7. Washington DC: OPS.
- Molas, A. (2013). Clínicas del Acontecimiento y Políticas de Estado. En: N. De León (Coord.) *Salud Mental en Debate: Pasado, Presente y Futuro de las Políticas de Salud Mental*. Montevideo, Universidad de la República.

- Montero, M. (2007). *Hacer para Transformar. El método de la Psicología Comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Montero, M. (2011). *Introducción a la psicología comunitaria: Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós.
- Navarro, R. (2013). *Reforma de la Atención en Salud Mental. Proyecto Piloto Huayacán*. Lima: Ministerio de Salud.
- Olivera, A. (2007). LT22 Radio La Colifata: Proyecto político, ético y estético. Ponencia presentada en el V Congreso Internacional de Salud Mental y Derechos Humanos. Universidad Popular Madres de Plaza de Mayo. Buenos Aires.
- OMS (2006). *Política, Planes y programas de salud mental*. Ginebra: OMS.
- OMS (2008). *Programa de acción para superar las brechas en salud mental*. Ginebra: OMS.
- OPS (2007). *Salud Mental en las Américas*. Washington DC: OPS.
- OPS (2009). *Salud Mental y Derechos Humanos: Vigencia de los estándares internacionales*. Buenos Aires: OPS/OMS.
- OPS (2012). *Fortaleciendo la salud mental en nuestras comunidades*. Biblioteca Nacional del Perú.
- Parker, I. (2007). *Revolution in Psychology*. London: Pluto Press
- Parker, I. (2005). *Qualitative Psychology: Introducing Radical Research*. London: Open University Press.
- Parker, I. (2008). *Constructions, Reconstructions and Deconstructions of Mental Health*. En: A. Morgan (ed.) *Being Human: Reflections on Mental Distress in Society* (pp. 40-53). Chicago: PCCS Books.
- Pasquale, E. (2011). La reforma psiquiátrica hoy día en Trieste e Italia. *Revista de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría*. 31 (110), 345-351.
- Pérez, C. (2012). *Una nueva antipsiquiatría: crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Porter, R. (2002). *Breve historia de la locura*. México: Fondo de Cultura
- Radio Abierta y Radio Vilardevoz (2012). *Salud mental y comunicación participativa: Dispositivos alternativos para la inclusión social*. Montevideo: Fondo Conjunto de Cooperación Uruguay y México.
- Resolución Directoral N 253/2014. Ministerio de Salud, Lima, Perú, 17 de enero del 2014.
- Restrepo, M. (2012). Biopolítica: elementos para un análisis crítico sobre la salud mental pública en la Colombia contemporánea. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 11 (23), 39-55.
- Restrepo, O., Jaramillo., D., Juan C (2012) Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 30 (2), 202-211.
- Robles, R. (Mayo 2010). Postales de un viaje al centro de eso que llamamos locura. *Revista Bash*, pp. 30-33. Disponible en: http://issuu.com/felipe.esparzap/docs/b_29862-11_revista_bash_baja

- Rodríguez, J. (2009) Introducción. En: J. Rodríguez. (Ed.) *Salud Mental en la Comunidad*. Cap. 1. Washington DC: OPS.
- Rodríguez, J., Ruiz, A., Pérez, J., López, M., Moya, P., y Cano, M. (2012). El deseo y el poder: problemas del discurso de la medicina basada en la evidencia aplicado a salud mental. *Revista de la Asociación Especializada en Neuropsiquiatría*. 32 (114), 305-320.
- Saforcada, E. (1999). *Psicología Sanitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Sava, A. (2008). *Arte y desmanicomialización*. Buenos Aires: Ediciones Artes Escénicas.
- Tarí, A. y Ferrer, C. (2012). Grupo y rehabilitación. En: A. Marcos y G. Topa (Coord.) *Salud mental comunitaria*. Cap. 12. Madrid: Librería UNED.
- Úcar, X., Heras, P. y Soler, P. (2014). La evaluación participativa de acciones comunitarias como metodología de aprendizaje para el empoderamiento personal y comunitario: estudio de casos y procesos de empoderamiento. *Pedagogía Social: Revista Interuniversitaria*. (24), 21- 47.
- Ulloa, F. (2012). *Salud ele-Mental: con toda la mar detrás*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Vadillo, J. (2 de mayo 2011). Posando contra Estigmas. *Suplemento Variedades, El Peruano*, pp. 14 – 15.
- Vásquez, J. (2009). El derecho a vivir y ser incluido en la comunidad. En: J. Rodríguez. (Ed.) *Salud Mental en la Comunidad*. Cap. 1. Washington DC: OPS.
- Vázquez-Rocca, A. (2006). Antipsiquiatría: Deconstrucción del concepto de enfermedad mental. *Revista Observaciones Filosóficas*: Universidad Complutense de Madrid. 31, 3.
- Wahl, O. (2011). Stigma as a barrier to recovery from mental illness. *Trends in Cognitive Sciences*. 16, 9-10.
- WHO (2011). *Mental Health Atlas 2011*. Italy: WHO.
- WHO (2013). *Mental Health Action Plan 2013 – 2020*. Geneva: WHO
- Zúñiga, R. (2002). La subjetivación en la Intervención Comunitaria. En: B. Jiménez-Domínguez (Coomp.) *Subjetividad, Participación e Intervención Comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Zurita, A. (2015). *Indicadores de cambio de salud mental comunitaria en personas afectadas por violencia social en contexto post conflicto armado interno en Cusco*. (Tesis para optar el grado de Magister en Psicología Comunitaria). Pontificia Universidad Católica del Perú.

ANEXOS



Anexo A.

Guía de entrevista

Buenas días, ante todo gracias por su tiempo y sus deseos de colaborar. Mi nombre es José Carlos Ponce de León y cómo le había comentado, lo he citado para participar de una entrevista en relación al proyecto de radio del cual Ud. es parte. Esto es parte de mi investigación para la tesis de maestría de Psicología Comunitaria y para registrar lo que vamos a conversar voy a utilizar una grabadora para luego poder revisar la información. Nuevamente, muchas gracias por su participación. Antes de empezar...¿Alguna pregunta?

Preguntas guía:

1. Me podría contar, ¿cómo empezó Ud. en el proyecto de radio?
2. ¿Qué significa para ti formar parte del proyecto?
3. ¿Cómo te sientes al formar parte de este proyecto?
4. ¿Sientes que ha habido aprendizajes? ¿Cómo cuáles?
5. ¿Qué ha logrado Ud. tú como participante del proyecto en todo este tiempo?
6. ¿Qué ha logrado el grupo de participantes del proyecto de radio?
7. ¿Cómo se ve Ud. ahora en relación al inicio del proyecto?
8. Para finalizar, ¿Quisiera añadir algo?

Anexo B.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Entrevista _____

Fecha: _____

Responsable principal del estudio y entrevistadoras: Bach. José Carlos Ponce de León

Deseamos solicitar su participación en este estudio que estamos realizando como proyecto de tesis de la Maestría de Psicología Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

El objetivo del estudio es recuperar los aprendizajes del proyecto de radio para reflexionar sobre nuestra experiencia como participantes del mismo.

Para ello, estamos entrevistando a las personas que forman parte de este proyecto por lo que usted tiene derecho a decidir si desea ser entrevistada(o) o no. Si usted desea participar, realizaremos una entrevista individual de aproximadamente 1 hora, sobre temas relacionados a al proyecto de radio. Con su consentimiento, la entrevista será grabada en audio y sus respuestas serán confidenciales, salvo que Ud. desee que su nombre sea revelado en el documento final del estudio.

A nosotros, sus respuestas nos ayudarán a recuperar los aprendizajes del proyecto con el objetivo de buscar el fortalecimiento del mismo.

Si tiene cualquier pregunta, usted puede contactarse con la responsable principal del estudio al correo: poncedeleon.j@pucp.pe

Yo, _____, de _____ años de edad, después de haber leído las condiciones del estudio, acepto participar de manera voluntaria en el estudio.

Fecha: _____

Nombre y firma de la participante