

ARR3850

Tesis  
PCC 2008  
M36

**Universidad Católica Andrés Bello**  
Dirección de Estudios de Postgrado  
Postgrado de Psicología Clínica Comunitaria  
Tesis

**Retocando “Green Door”: Proceso de transformación con la participación de los consumidores. Una intervención desde la Investigación-Acción Participativa (IAP).**

Profesora Asesora:  
Maribel Gonçalves

Elaborado por:  
Andrés Márquez Lara

Washington, DC, Estados Unidos  
Agosto 2008

## INDICE GENERAL

<u>Agradecimientos</u> .....	iii
<u>Carta a los lectores</u> .....	iv
<u>Resumen</u> .....	vi
<u>Introducción</u> .....	1
<u>Capítulo I – Descripción del contexto</u> .....	4
<u>Marco legal para orientar el tratamiento de salud mental comunitaria en el Distrito de Columbia</u> .....	7
<u>Capítulo II - Un Marco de referencia para la comprensión de la salud mental</u> .....	12
<u>La cama Procrustea de la sociedad</u> .....	13
<u>El modelo psicosocial y la psicología clínica comunitaria</u> .....	19
<u>El movimiento consumista dentro de la salud mental</u> .....	24
<u>Voz (Voice)</u> .....	29
<u>Capítulo III - Marco metodológico</u> .....	34
<u>Familiarización</u> .....	39
<u>Desarrollo de la intervención</u> .....	48
<u>Estrategias de intervención</u> .....	49
<u>Exhibición de Arte - “Art and recovery”</u> .....	49
<u>Boletín – “QI Newsletter”</u> .....	52
<u>Grupos de consumidores – Planificación de eventos</u> .....	54
<u>Consumer Participation Forum</u> .....	55
<u>Capítulo IV - Análisis y discusión</u> .....	64
<u>Establecimiento de las normas del grupo</u> .....	66
<u>Diálogo y poder</u> .....	67
<u>Compartir</u> .....	71
<u>Criticas de la Agencia</u> .....	74
<u>¿De quién es la comunidad?</u> .....	78
<u>Mi propio estigma</u> .....	79
<u>Capítulo V - Conclusiones, críticas, y limitaciones</u> .....	82
<u>Bibliografía</u> .....	85
<u>Anexos</u> .....	88

## Agradecimientos

Gracias papi y mami, abuelos y abuelas, por sembrar las semillas de la curiosidad, la reflexión y la compasión en mi; mis hermanos por su compañerismo; mi amada por tu apoyo incondicional y ayudarme a expresar mis ideas. Mis profesores del posgrado de la Universidad Católica Andrés Bello por nutrir mi pasión para comprender y vivir el misterio de la psique y el alma, y en particular a Maribel por presentarme la psicología comunitaria y ayudarme a reflexionar sobre una posible psicología clínica comunitaria; mis compañeros de posgrado por el apoyo académico y emocional durante las distintas etapas del posgrado; Green Door por brindarme la oportunidad de hacer una intervención que se acerca a lo que yo considero que es la psicología clínica comunitaria; “José” por compartir tus experiencias y reflexiones; y finalmente a todos aquellas personas que compartieron conmigo momentos de sus vidas en distintos contextos (Parque Social, Hospital Pérez Carreño, Catuche, Green Door) para poder co-crear, reflexionar, e intentar mejorar la realidad de cada uno y la que compartimos.

## Carta a los lectores

Esta carta es mi intento de luchar contra la desesperanza que siento cuando escribo usando un lenguaje psiquiátrico que está impregnado de valores y creencias que no comparto pero a la vez debo usar para que Uds, mis compañeros y compañeras de esta sociedad occidental del siglo XX y XXI, puedan tener una referencia sociocultural. Hay ciertas palabras que pude usar ya que se encuentran en nuestro argot social, especialmente a nosotros que nos identificamos con valores humanistas y manejamos teorías de la investigación-acción participativa, como es el ejemplo de “actor social” en vez de paciente o sujeto. Pero hay otras palabras como “enfermedad mental”, “diagnóstico”, y el nombre de los cuadros clínicos que sería muy extenso para mencionar acá, que todavía no han sido descritos dentro de otros modelos que no sea el clínico. Rechazo la connotación política y social que conllevan estas palabras. ¿Necesita una persona ver el mundo de una manera determinada? ¿Cuál sería esta manera? Hay una necesidad de poder compartir unos aspectos de la realidad para poder interactuar uno con el otro y sobrevivir, pero más allá de eso ¿por qué hay que compartir aspectos subjetivos? Para mí, la pregunta y la meta es ¿cómo respetar y valorizar cada manera de ver el mundo pero a la vez lograr compartir con otros que no comparten mi manera de ver el mundo?

Estas críticas se basan en mis lecturas del movimiento antipsiquiátrico, de la IAP, la psicología clínica comunitaria, mis experiencias con personas que conviven con una manera particular de ver el mundo, mi propia reflexión, y mis creencias y valores.

## Resumen

El presente trabajo describe en una intervención para la incorporación de la voz de los actores sociales que atienden a Green Door, una agencia de salud mental en Washington, DC, Estados Unidos, al proceso de evaluación y mejoramiento de los servicios de la agencia.

Se plantearon los siguientes objetivos: Crear lugares donde los actores sociales expresaran su experticia en el área de salud mental; brindar espacios donde su voz pudiera propiciar cambios a la Agencia a través del proceso de mejoramiento de calidad de Green Door; y promover un diálogo que incluyera a los actores sociales que reciben servicios de la Agencia con el fin de mejorar sus servicios.

Para concretar los objetivos se planificó una intervención con cuatro procesos diferentes que comenzaron en Septiembre 2007. El primero consistió en una exhibición de arte de los actores sociales. El segundo, fue la creación de un boletín de artículos escritos por quienes reciben servicios en Green Door y los empleados. El tercero, fue la creación de un grupo que buscó coordinar una celebración. Por último, se invitó a los actores sociales a participar en una detección de necesidades y luego, a los que querían continuar se les propuso hacer propuestas para mejorar los servicios de la agencia. Este último proceso fue el que afrontó más directamente los objetivos de la intervención.

Los distintos procesos de la intervención crearon espacios para que los actores sociales expresaran su voz y se incorporan al proceso de mejoramiento de calidad de la Agencia. La

estructura organizacional de Green Door, sin embargo, dificultó que sus propuestas fueran incorporadas.

La presente intervención/investigación señala algunos obstáculos que pueden surgir al intentar incorporar la investigación-acción participativa (IAP) a una agencia de salud mental regida por muchas leyes y regulaciones; corrobora el valor y la riqueza de incorporar los distintos actores sociales a un dialogo; y es una aproximación a lo que se puede considerar una intervención clínica comunitaria.

## Introducción

Ser un paciente mental es que todos controlen tu vida menos tu. Eres observado por tu psicólogo, tu trabajador social, tus amigos, tu familia. Y luego eres diagnosticado como paranoico.

Ser un paciente mental es no importar.

Ser un paciente mental es nunca ser tomado en serio.

Ser un paciente mental es tener una etiqueta, y esa etiqueta nunca se va, una etiqueta que dice poco de lo que eres y aun menos de quien eres.

Ser un paciente mental es nunca decir lo que quieres, pero sonar como si quisieras decir lo que dices.

Ser un paciente mental es no morir, aunque quieras – y no llorar, y no doler, y no tener miedo, y no tener rabia, y no ser vulnerable, y no reír en voz alta- porque, si lo haces, sólo pruebas que tu eres un paciente mental aunque no lo seas.

Y así te conviertes en una no-cosa, en un no-mundo, y no eres.

Extractos del poema “To be a mental health patient” de Rae Unzicker, (1984)<sup>1</sup>.

En algún momento todos los consumidores de servicios de salud mental en los Estados Unidos (EEUU) pasaron por un psiquiatra, psicólogo, o trabajador social quien los etiquetó con un diagnóstico del Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders IV (DSM-IV) o International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-9). Esta etiqueta puede tener cantidad de efectos, tanto sobre la persona quien la recibe como su entorno.

Uno de estos efectos, es que la persona siente alivio de saber que lo que experimenta ha sido vivido por otros y por ende seguramente existen formas de tratamiento. La gente a su alrededor también comparte el alivio que siente, ya que existen palabras científicas para explicar

---

<sup>1</sup> Salvo especificado todas las traducciones en este trabajo son propias.

lo que, hasta recientemente, eran gritos, llantos, carcajadas, o cualquier otra expresión de sufrimiento. Otro efecto puede ser una profunda tristeza o rabia. El diagnóstico confirma lo que la persona y su entorno sospechaban y temían. Aunque pueden existir tratamientos, el diagnóstico se convierte en una sentencia, que se empieza a vivir como una condena de muerte o cadena perpetua. Aun, otra reacción puede ser la de confusión y cuestionamiento: ¿Qué significa tener esquizofrenia? ¿Depresión? ¿Significa que soy un loco? ¿Esto se cura? Hay muchas preguntas y respuestas que no aclaran la confusión. En fin, hay innumerables cantidad de reacciones ante la situación de recibir la etiqueta de un diagnóstico.

Sin embargo, sea cual sea la reacción, la realidad es que la persona le va a tocar enfrentar estereotipos, estigmas, miedos por parte de otros y de si mismo, además de continuar viviendo las experiencias que lo llevaron a pedir ayuda de un profesional de salud mental. A veces, este enfrentamiento lleva a las personas a sentir que no importan, que no son tomados en serio, de nunca expresar lo que quieren decir, o incluso a sentirse nada y cesar de existir, como expresa la poesía de Rae Unzicker (1984).

Teniendo en cuenta estas sensaciones que puede conllevar el diagnóstico y las vivencias de una enfermedad mental la presente intervención clínico comunitaria usó la Investigación-Acción Participativa (IAP) para incorporar la voz de los consumidores en una agencia de salud mental en Washington, DC llamada Green Door. En un primer momento se describe el contexto desde donde se realizó la intervención (Capítulo I); se definen las distintas teorías que contribuyen a comprender la intervención (Capítulo II); para luego describir el proceso de su desarrollo (Capítulo III), seguido por un análisis de lo ocurrido en las distintas etapas de las intervenciones, tanto en las dinámicas como en los procesos de los consumidores y del psicólogo

clínico comunitario (Capítulo IV), para finalizar con algunas críticas y conclusiones sobre el trabajo realizado (Capítulo V).

## Capítulo I – Descripción del contexto

Green Door es una agencia de salud mental ubicada en la ciudad de Washington, DC (DC), Estados Unidos. Fue fundada en 1976 como un programa comunitario, con la misión de preparar a aquellos que sufren de una enfermedad mental para que vivan y trabajen independientemente en la comunidad (“Green Door Welcome”, s.f). Para cumplir con ello, ofrece servicios de psiquiatría, terapia (individual), grupos psicoeducativos, community support (apoyo comunitario), y entrenamiento para obtener y mantener trabajos. Green Door está conformado por dos áreas: La primera, certificada por Washington, DC Department of Mental Health (DMH) (Departamento de Salud Mental de Washington, DC) como un Core Service Agency (CSA) (Agencia de Servicios Centrales), y el Clubhouse, certificada por el International Clubhouse Association (Asociación Internacional de Clubhouses)<sup>2</sup> que además ayuda a los consumidores a encontrar empleos y coordina actividades sociales para ellos mismos. El apoyo comunitario constituye la mayor parte de los servicios que ofrece Green Door, los cuales se definen como servicios de “...rehabilitación o apoyos ambientales considerados esenciales para ayudar a que el consumidor logre sus metas de rehabilitación y recuperación enfocados en la creación y el mantenimiento de una relación terapéutica con el consumidor” (Mental Health Rehabilitation Standards Provider Certification Standards, 2005). Son estos trabajadores de apoyo comunitario quienes tienen el contacto más estrecho y continuo con los consumidores inscritos en Green Door.

---

<sup>2</sup> Dado que mi interacción ha sido con el CSA, de ahora en adelante cuando se use el término Green Door, me estaré refiriendo a la parte de Green Door que es la CSA.

La Agencia trabaja con 900 a 1000 personas que deben cumplir con los siguientes requisitos: (a) ser mayores de 18 años; (b) residir en DC; y (c) “Tener un diagnóstico mental, de comportamiento o de trastorno emocional (incluyendo aquellos de origen biológico), que afectan substancialmente la salud mental de la persona o lo suficiente para cumplir con el criterio de diagnóstico especificado en el DSM-IV o ICD-9 (y versiones subsecuentes) con la excepción de los códigos del DSM-IV “V”, desórdenes de abuso de sustancias, retraso mental y otro desorden de desarrollo, o desórdenes de convulsión, salvo que estas excepciones ocurran con otra enfermedad mental diagnosticable.” (DC. Official Code § 7-1131.02(24) . Estas personas son llamadas “consumidores”. Todos los días van a la Agencia entre 100 y 200 consumidores a ver a su psiquiatra, terapeuta, Community Support Worker (CSW) (Trabajador de apoyo comunitario), o ir a grupos psicoeducativos. Sin embargo, la mayoría del trabajo con los consumidores ocurre en la comunidad donde los CSWs se encuentran con ellos para ayudarlos en sus metas de rehabilitación.

Las intervenciones de los CSWs se basan en el Individual Recovery Plan (IRP) (Plan Individualizado de Recuperación). Este lo diseña el consumidor en conjunto con el CSW. En él, define sus metas y objetivos personales que quiere lograr en los próximos 90 días. El IRP lo firma el consumidor, el CSW, el supervisor clínico, y el Advance Qualified Practitioner (AQP) (Practicante Avanzado Calificado), quien es la persona que autoriza los servicios como necesarios para su rehabilitación ante las agencias privadas o publicas que pagan los servicios (e.g. Medicaid, Medicare, el gobierno de DC, etc).

El número de personas con quienes trabaja un CSW varía en cantidad y nivel de funcionamiento de la persona. Es posible trabajar con 20 personas que tienen un nivel de funcionamiento alto y que sólo necesitan ser vistos una o dos veces al mes. También es posible trabajar con personas que requieren mayor intensidad de servicios y necesitan ser acompañadas entre dos y cuatro veces por semana. En la mayoría de los casos el CSW trabaja con personas de distintos niveles de funcionamiento.

La mayoría de los consumidores están diagnosticados con esquizofrenia, depresión o trastorno bipolar (“Green Door Welcome”, s.f.). Cerca del 50% de los consumidores, además de tener una enfermedad mental severa y persistente también tienen un diagnóstico de abuso de alguna sustancia (“Green Door Welcome”, s.f.). El CSW trabaja diariamente con los consumidores ayudándolos a rehabilitar destrezas, que declinaron a causa de su enfermedad mental y/o uso de sustancias, con el propósito de permitirles ser más independientes dentro de su comunidad.

En Green Door, como en cualquier organización que ofrece servicios a consumidores, la comunicación entre el proveedor y el consumidor es de suma importancia. Si los canales de comunicación no fluyen adecuada y efectivamente entre las partes se crea una brecha que puede dejar al proveedor en bancarrota (porque los consumidores pueden dejar de asistir o comprar el producto) y al consumidor sin los servicios que necesita. Sin embargo, la comunicación entre los consumidores y Green Door tiene un matiz particular porque, quienes requieren los servicios, vienen de una población que históricamente ha sido marginada. Muchos de ellos ejemplifican la desesperanza aprendida, no le comunican a la Agencia las cosas que ellos ven y experimentan

que no funcionan porque no creen que pueda tener ningún efecto, la expresión tipo es: “¿De qué sirve?”. Otros se encuentran en el extremo opuesto, se sienten con el derecho de exigirle a la Agencia que los ayude a resolver todos sus problemas, se ven como víctimas de una sociedad que los ha ignorado y marginado. Sin embargo, la mayoría de los consumidores se encuentran entre estos dos extremos.

Algunos consumidores también pueden tener maneras rígidas e inflexibles de percibir su realidad lo cual hace que a veces sus observaciones, sugerencias o cuestionamientos no sean recibidos como ellos lo esperan, o viceversa, los cambios que Green Door hace no llenan las expectativas de algunos de sus consumidores. Igualmente, la Agencia tiene algunas posturas estrictas que en gran parte vienen de las reglas y regulaciones que debe seguir para recibir fondos del gobierno federal y del gobierno del Distrito de Columbia. Esta rigidez le agrega otra capa de complejidad a la comunicación entre los consumidores y a Green Door, ya que dificulta la flexibilidad deseada para llegar a acuerdos entre posturas distintas.

#### *Marco legal para orientar el tratamiento de salud mental comunitaria en el Distrito de Columbia*

Bajo el modelo clínico, el psiquiatra (“el experto”) decide el mejor tratamiento para el consumidor que padece de una enfermedad mental severa y crónica según el DSM-IV o ICD-9. Esta interacción puede ocurrir desde los pasillos y cuartos de un hospital psiquiátrico hasta la oficina del psiquiatra en la comunidad, o en los mismos centros comunitarios. Este modelo de tratamiento inspirado en el modelo médico-paciente no considera a la persona desde su

integralidad bio-psico-social. Se priorizan los síntomas para diagnosticar una enfermedad y se parte de la creencia que el enfermo no sabe lo que le conviene para su tratamiento. La voz del consumidor queda silenciada en este esquema.

Esta condición de marginalización de las personas diagnosticadas con estas condiciones mentales era común en Washington, DC. para los años 1940. El hospital de salud mental del estado hospedaba a 7,000 personas en 1940 (“Historic Medical Sites in the Washington DC Area”, 2006). Sin embargo, esta situación cambia en el año 1974 gracias a la organización y acción de un grupo de pacientes que tenían una orden judicial para recibir tratamiento psicológico en el hospital St. Elizabeths. Este grupo de ciudadanos solicitaron ante el gobierno federal Americano, quien estaba encargado de la operación y mantenimiento del hospital; y al Distrito de Columbia (DC), quien era responsable de los centros comunitarios de salud mental en DC, que se ofrecieran alternativas de tratamientos salud mental en la comunidad para aquellas personas a quienes los médicos y psicólogos tratantes no determinaban que necesitaban ser hospitalizados en un hospital psiquiátrico (Jones, 2001). El año siguiente, las cortes de DC decidieron que aquellos bajo el “Ervin Act”, la ley que supervisa aquellas personas que reciben tratamiento psicológico por una orden judicial, tenían el derecho a buscar servicios en un lugar con el menor número de restricciones posibles.

En 1980, tanto los pacientes como el gobierno y el distrito llegaron a un acuerdo para implementar cambios en el sistema de salud mental. Dentro de este acuerdo se creó el “Dixon Implementation Monitoring Committee”, el comité que supervisaría la ejecución del plan y se comunicaría tanto con el grupo de pacientes, como el gobierno federal y el gobierno de DC.

Luego en 1987, el gobierno federal pasó el control del hospital psiquiátrico St. Elizabeths a DC. Ese mismo año se formó la Comisión on Mental Health Services (CMHS) (Comisión sobre los servicios de salud mental) la cual coordinaría todos los componentes de servicios de salud mental dentro de DC, como también el plan de implementación de servicios de 5 años que fue aprobado por una corte federal en 1992. En 1996, más de 20 años después de la demanda original, los demandantes le pidieron a la corte que se designara a un receptor; una persona que se encargara de recibir e implementar las órdenes de la corte y continuar el desarrollo de un sistema de cuidado integrado y comprensivo en la comunidad. En 1997, la corte federal designó al receptor que tendría autoridad sobre CMHS para administrar el presupuesto, seleccionar personal, establecer contratos y modificar las instalaciones. En 1999, los demandantes pidieron que se hiciera una auditoría del receptor durante su gerencia de CMHS. El encargado de realizar la auditoría (por parte de la corte) tendría que presentar los resultados del progreso del plan establecido. Después de este proceso, el primer receptor de la corte renunció en Marzo del 2000 (Jones, 2001).

Ante este vacío, la corte solicitó un receptor temporal en Abril del 2000. La misma orden explicitó que las operaciones del sistema de salud mental debían regresar bajo el control de DC entre el 1 de Enero de 2001 y el 1 de Abril de 2001. Este receptor de transición estaba encargado de desarrollar, junto con los grupos involucrados, un plan para el tratamiento de la salud mental en DC, el cual se estableció el 2 de Abril de 2001. El plan requería que el gobierno de DC pasara una legislación que estableciera DMH como una agencia con poderes de gabinete que le reportaría directamente al alcalde de DC (Jones, 2001).

Para el 2002, la corte terminó el período de administración ya que DC demostró que podía cumplir con el plan que había desarrollado en conjunto con el receptor transicional de la corte. Este plan incluía 19 criterios llamados “Criterios de salida de Dixon”, que serían los indicadores para concluir la intervención de la corte en el monitoreo sobre el sistema de salud mental de DC. La corte también designó a un observador para que, monitoreara y le reportara sobre la implementación del plan acordado y así poder evaluar el progreso de acuerdo a los objetivos establecidos. En el 2003, la corte aceptó la metodología que se usaría para medir y evaluar el cumplimiento de los 19 criterios establecidos (Dixon et al., vs Anthony Williams, 2003).

La descripción de este proceso histórico permite apreciar las implicaciones legales que se fueron precisando y que hoy sirven de marco legal para orientar el tratamiento de la salud mental comunitaria en DC. Vale destacar que ninguna agencia de salud mental en DC se ve obligada a seguir los criterios Dixon ya que DMH es quien es responsable de cumplir con los requisitos. Sin embargo, al entrar en una relación de negocio con DMH están ayudando a que cumplan con los criterios. Por ejemplo, Green Door ayuda que el Distrito cumpla con: 1) Prestarle servicios a adultos con enfermedades mentales serias (Criterio 7 y 8); y 2) Demostrar cuidado y compañía continua para aquellos consumidores que salen de los hospitales psiquiátricos a la comunidad (Criterio 17). Y también es un ejemplo del aumento de la proporción de recursos dirigidos a los servicios comunitarios (Criterio 18) (Para ver la lista completa de los criterios ver Anexo A).

Teniendo en cuenta la realidad de la problemática de la salud mental en DC, su evolución histórica y legal, y las características de una agencia como Green Door, se plantean las siguientes preguntas:

- ¿Quién decide las metas de rehabilitación y recuperación del consumidor?
- ¿De dónde surge la necesidad de las intervenciones?
- ¿Quién determina la calidad de las intervenciones que el consumidor recibe?
- ¿Qué impacto tienen los consumidores sobre la dirección del tratamiento de salud mental que ellos reciben a nivel individual y a nivel comunitario?
- ¿Cómo es el diálogo entre Green Door y los consumidores?

De esta manera, surge la necesidad de desarrollar un modelo participativo para la evaluación y mejoramiento de una agencia de salud mental, a partir de la investigación-acción participativa (IAP). Mi formación como psicólogo clínico comunitario y mi posición como Director de Mejoramiento de Calidad me ofrecen la oportunidad de incorporar técnicas de la IAP para crear contextos de diálogo y explorar junto con los consumidores las respuestas y/o soluciones a estas preguntas. De tal forma, esta intervención busca que otro grupo de personas, esta vez bajo distintas circunstancias que aquellos en 1974, logren ejercer su poder como actores sociales en determinar las áreas en que se puede mejorar una agencia que muchos de ellos consideran como una parte importante de su vida y comunidad.

## Capítulo II - Un Marco de referencia para la comprensión de la salud mental

En un análisis de discurso de la palabra “paciente” se pueden extraer varias suposiciones.

La Real Academia Española define “paciente” de las siguientes maneras:

“1. adj: Que tiene paciencia/ 2. adj. Fil. Se dice del sujeto que recibe o padece la acción del agente. U.t.c.s.m/ 3.m Gram. Persona que recibe la acción del verbo./ 4. com. Persona que padece física y corporalmente, y especialmente que se halla bajo atención./5.com. Persona que es o va a ser reconocida médicamente.” (Real Academia Española, s.f.). Es decir cuando se usa la palabra paciente para identificar a la persona que recibe servicios médicos o psicológico también se le atribuye paciencia y pasividad (“sujeto que recibe o padece la acción del agente”) (Real Academia Española, s.f.). Esta definición se usa y aplica dentro de un modelo medico donde el paciente se construye dentro de una relación de poder, donde él o ella, es pasivo y paciente ante las opiniones e intervenciones de otro “experto”.

El trato de personas con enfermedades mentales bajo un modelo médico ocurrió en parte por la propuesta de Phillippe Pinel (1806), un médico Frances, que a principios del siglo XIX propuso el trato moral a las personas con enfermedades mentales y también le hizo eco a la postura que los “lunáticos” no estaban poseídos sino enfermos. Esto promovió que las personas con trastornos mentales fueran vistas como enfermos, en vez de moralmente enfermos, y por lo tanto calzaran dentro de un esquema medico-paciente donde podían ser tratados bajo un aparato teórico distinto. Este cambio, creó la suposición de que los trastornos mentales eran una enfermedad *médica* y deberían ser tratados médicamente. Ante este cambio, el modelo médico tuvo que desarrollar técnicas para entender y tratar la enfermedad mental (Sedgwick, 1982).

El problema es que las explicaciones para comprender las enfermedades mentales que se desarrollaron no tomaron en cuenta lo que Foucault reconoció mucho años después (1974): "... es permisible buscar cuentas psicodinámicas, genéticas o existenciales del comportamiento de un paciente, siempre y cuando no 'hagamos de estos aspectos formas ontológicas', esencias reales que luego requieren 'explicaciones mitológicas como la evolución de una estructura psíquica o una teoría de instintos, o una antropología existencial para explicarlos.'" (Foucault, 1974 en Sedgwick, 1982). Esta postura es compartida por los construccionistas sociales como Kenneth Gergen y Harlene Anderson, que reconocen que los diagnósticos son "...acuerdos en lenguaje para poder comprender comportamientos o eventos de cierta forma." (Gergen, Hoffman, Anderson, 1996, p. 4); el problema ocurre cuando el diagnóstico se toma como legítimo y veraz, en vez de un acuerdo social, y políticas sociales se crean en base a esas "verdades". Este tipo de cuestionamiento sobre las suposiciones de la psiquiatría también ocurrió en los años 60 cuando un grupo de intelectuales, psiquiatras y psicólogos criticaron la psiquiatría de su época.

### *La cama Procrustea de la sociedad<sup>3</sup>*

Una postura que no compartió la construcción del término de "paciente", ni la violación el acuerdo social descrito después por los construccionistas sociales, fue la de unos grupos que criticaban la psiquiatría de los años 1960. Aunque popularmente se conoce este movimiento como el movimiento de la "Antipsiquiatría", este sólo fue definido así por uno de los voceros de

---

<sup>3</sup> Procrustes es una figura de la mitología Griega que tenía una cama donde invitaba a sus víctimas a pasar la noche. Él les decía que su cama era especial porque se adaptaba al tamaño exacto de cualquier persona. Lo que no les contaba era que una vez que las personas se acostaban a la cama, él las estiraba a sus víctimas si eran muy bajas, o les cortaba los pies si eran muy altos para que la cama fuera del tamaño "exacto". Procrustes murió cuando Theseus, héroe Griego, le cortó la cabeza para que Procrustes cupiera en su propia cama ("Theseus", s.f.).

las diversas críticas, David Cooper, después del comienzo del movimiento (Rissmiller & Rismiller, 2006). A continuación se describen las líneas generales de las críticas a la psiquiatría desde uno de sus críticos más famosos, Robert D. Laing.

Robert D. Laing, con sus diversos trabajos, en particular con "Politics of Experience", criticó la metodología, terminología y actitud positivista de la psiquiatría de su época. El movimiento surgió como una reacción ante el trato psiquiátrico de personas internadas en hospitales psiquiátricos donde le administraban tratamientos autoritarios (e.g. terapia electroconvulsiva, comas de insulina). Además, se incorporó al movimiento contrarrevolucionario de los años 1960 que criticaba y se revelaba contra diversas injusticias sociales (Rissmiller & Rismiller, 2006).

Laing (1967) criticó y problematizó la psiquiatría porque reconoció la diferencia de poder entre los médicos y los pacientes, peleó contra el positivismo del momento, y reconoció la responsabilidad política de la salud mental. El creía que la sociedad buscaba crear un "estatus quo" de experiencias y aquello que no calzaba dentro de lo esperado se diagnosticaba como una enfermedad mental. De tal manera se mantenía un orden político y social en la sociedad occidental. En esta dinámica los médicos eran los responsables en determinar lo que era aceptable o inaceptable y al crear estas definiciones con implicaciones sociopolíticas, ellos ponían una chaqueta de fuerza a las experiencias individuales y únicas de las personas (Boyers & Orril, 1971).

En sus propias palabras, “[la] ‘Esquizofrenia’ es un diagnóstico, una etiqueta que le dan unas personas a otras. Esto no prueba que la persona etiquetada es sujeto de procesos esencialmente patológicos, de naturaleza y origen desconocido, ocurriendo *en* su cuerpo. No significa que el proceso sea, de forma primaria o secundaria, psicopatológico, ocurriendo *en* la psique de la persona. Pero si establece que es un hecho social que la persona etiquetada es uno de Ellos.” (Laing, 1967, p. 82-83).

Laing le dio mucha importancia a la influencia de la familia y la sociedad sobre la salud de la persona. Para él, ambas interfieren en las vivencias inusuales de la persona porque carecen de sentido para ellos, y por lo tanto descalifican a la persona. Cuando estas experiencias, profundamente íntimas, son descalificadas como irreales suscitan un comportamiento que se califica como “esquizofrénico” por las cuales la familia y la comunidad lo excluyen hasta que logre ver las cosas según el estatus quo (Boyers & Orril, 1971). Por eso, el diagnóstico de esquizofrenia lo percibía como el resultado de un desorden comunicacional de la familia entera donde la persona había asumido el diagnóstico como parte de un comportamiento para lidiar con su contexto y sus vivencias (Boyers & Orril, 1971).

La teoría de Laing y otros críticos de la psiquiatría se encarnó en las comunidades alternativas para personas que querían sanar su sufrimiento mental y emocional. Las comunidades estaban compuestas de psicólogos, psiquiatras y aquellos que buscaban sanarse (“Philadelphia Association - Psychotherapy, Philosophy, Community”, 2007). Kingsley Hall fue una de estas comunidades más famosas. La filosofía consistía en dejar que cada quien se abriera a su manera, donde podían ser y estar sin sentirse obligados a seguir las normas sociales. Era un lugar donde las personas buscaban su identidad y no la que les imponía la sociedad. En estas

comunidades los terapeutas "...acompañaban a la persona en el camino de su experiencia desintegradora – proveían lo esencial – comida, un lugar caliente, una atmósfera simpática – y dejar que la crisis y la recuperación ocurriera sin interferencia. Luego el viaje de regreso – la fase integradora – sería una experiencia muy curativa." (Boyers & Orril, 1971, p.213). Esto lo diferenciaba de un hospital psiquiátrico que en su opinión perpetuaban la locura porque no dejaban ni la desintegración, ni la integración.

Tuve la oportunidad de entrevistar a una persona que vivió en una de las comunidades de Laing (comunicación personal, Enero 22, 2008). José<sup>4</sup> se mudó a Londres de Caracas a mediados de 1970 donde terminó en una de las villas de Laing. Sus experiencias también reflejan esta filosofía de las comunidades de Laing. José vivió en una de estas comunidades a mediados de 1970. Según él, en las comunidades, los diagnósticos no se tomaban en cuenta como una referencia. Los habitantes no eran vistos como pacientes sino "dueños residentes" donde llevaban el control de esa comunidad. Se creaba una oportunidad para explorar las relaciones entre las personas y las reglas sociales, y a uno mismo. Esta filosofía comunitaria resuena con la definición de psicoterapia de Laing: "...un intento de dos personas recuperando su totalidad de ser humano a través de una relación entre ellos." (Laing, 1967, p. 32).

José relata como pasó casi 5 años en terapia en silencio. En el silencio, él sentía al terapeuta presente y centrado ("grounded") lo cual era importante para que él pudiera explorar la relación presente hasta cuando llegaron al momento de usar palabras. El acompañamiento que demostró el terapeuta fue muy importante ya que respetó la sabiduría de José para encontrar la curación de sus problemas emocionales y psíquicos. En sus palabras "Él (el terapeuta) no me

---

<sup>4</sup> El nombre ha sido cambiado para respetar la privacidad de esta persona.

hizo sentir que me estaba curando a mi.” José encarna lo que dijo otro habitante al describir Kingsley Hall : “[La comunidad] sólo está en silencio, habitados por fantasmas de verdad; tan silenciosos, que con tiempo y suerte, capaz podrán escuchar el latir de su propio corazón y elucidar su ritmo.” (Boyers & Orril, 1971, p.207). Es interesante ver como una filosofía que Laing percibía para la psicología individual se logró aplicar a un nivel comunitario con fines terapéuticos.

Como uno se puede imaginar la postura de Laing y otros fustigadores tuvieron muchas críticas. Laing fue criticado por vincular la locura y la iluminación espiritual. Su teoría “...ubicaba a los esquizofrénicos como individuos reprimidos con la posibilidad de ser iluminados a través de un viaje interior.” (Boyers & Orril, 1971, p. 120). Esta asociación venía de la percepción de que, con el abandono del ego y la reintegración, las personas podían llegar a estar iluminadas. Con esta manera de ver a los “locos” se puede entender que aquellos que embarcaban en este viaje interior tenían un estatus espiritual mayor que aquellas personas “sanas” (p.120 ).

Por su parte, Sedgwick (1982) lo critica por no haber deconstruido el concepto de enfermedad, sino solamente el de enfermedad mental. Decir que, el concepto de enfermedad mental es un constructo social con implicaciones políticas no es un caso único. La prostitución, la homosexualidad, la drogadicción y criminalidad son temas llenos de suposiciones y constructos sociales. Dependiendo de la postura que se tome, se pueden comprender asumiendo orígenes patológicos o “...como una proyección de los procesos sociales, formales e informales, de mantener control” (p.17) y entiende los comportamientos observados como comportamientos

que crean que le dan significado al individuo a medida que interactúan con un mundo que categorizan.

Lo que le llama la atención es la manera en que Laing y otros critican el concepto de enfermedad mental sin examinar el concepto de enfermedad. Cabe destacar que ellos mantenían la postura de la separación del cuerpo y la mente. Es irónico que aceptaran que un médico pudiera ser un experto en el área de la medicina somática, pero no en el área de salud mental.

Como describe Sedgwick (1982), el concepto de enfermedad está lleno de valores implícitos. Como seres humanos hemos decidido que la enfermedad es cualquier cosa que precipite nuestra muerte, la de animales o plantas con las cuales interactuamos por placer o necesidad. Por lo tanto, el concepto de enfermedad es “antropocéntrico”, en el sentido que clasificamos algo como una enfermedad si nos afecta. La enfermedad va más allá de sentir dolor, o no poder hacer algo, sino sentir un estado de disconformidad o demostrar fallas en el comportamiento dentro de un contexto particular (p.33). Otra manera de entenderlo es ver la enfermedad como una “desviación”. Es decir, no se puede clasificar a alguien o algo como enfermo sin que exista una expectativa de cómo debe ser el estado de ese alguien o algo (p.32).

El concepto de la enfermedad es muy cercano al concepto de la cura o tratamiento. Al atribuir que existe una enfermedad de inmediato se busca una explicación y un tratamiento para reestablecer la norma. A medida que el concepto de la enfermedad se desarrolla, también evoluciona el tratamiento y la tecnología que puede hacer un diagnóstico, o excluye lo que no puede diagnosticar. Por esta relación es que Sedgwick (1982) concluye que el “...futuro le

sorprendente que el modelo psicosocial le atribuya la responsabilidad y el control de la curación a la persona “enferma” que activamente busca su curación y a todo el equipo multidisciplinario que lo rodea, mientras el modelo clínico le atribuye la responsabilidad y el control de la curación al médico o terapeuta.

Desde estas posturas, también se puede observar la diferencia en el manejo de poder entre los distintos actores involucrados en el mantenimiento de la salud y el trato de la enfermedad. En el modelo psicosocial, el poder se ejerce *con* la comunidad y la persona interesada. En cambio, en el modelo clínico, el poder lo ejercen los médicos o proveedores de servicio *sobre* los pacientes o grupo de pacientes.

Además de estos dos modelos, existe un tercero que se basa en el modelo psicosocial pero que tiene que ver específicamente con el intento de utilizar la psicología clínica y comunitaria: La psicología clínica comunitaria. Dentro de esta naciente rama de la psicología tanto el psicólogo (agente externo) como los agentes internos de la comunidad, de forma individual o en grupo, son activos y forjan una relación donde se valoran las experticias de cada uno para lograr la salud, su mantenimiento y la curación de la enfermedad (Montero, 2002).

En esta rama de la psicología el apoyo social es clave para el proceso de curación, ya que el trabajo ocurre dentro de una red de relaciones con diversos aspectos en común y donde los agentes internos sienten en distintas intensidades un sentido de comunidad. El sentido de comunidad se puede entender como “la atracción sentida por los miembros de la comunidad

hacia esa forma de agrupación; el grado de interacción entre sus miembros; el grado de lazos afectivos entre ellos y la historia compartida.” (p.14).

La psicología clínica comunitaria va más allá de usar herramientas clínicas para tratar los síntomas clínicos que pueda presentar una persona. También, va más allá de problematizar situaciones comunitarias y promover el fortalecimiento de la comunidad para que ellos mismos resuelvan sus necesidades. Esta se enfoca en la intersección de las normas sociales, el sentido de comunidad, y las percepciones individuales de la misma persona y su entorno.

Se trata de reconocer las herramientas que aporta el individuo y su comunidad para los problemas sentidos por él o ella, y su comunidad. Y, a la vez, explora cómo ese individuo impacta su entorno. Esto se hace a través de diversas herramientas de diferentes campos; desde la reflexión, la interpretación y la pregunta de la psicología clínica, hasta la problematización, fortalecimiento y autodeterminación de la psicología comunitaria entre otros.

Montero (2002, Noviembre) identifica unos elementos de esta nueva rama de la psicología. En primer lugar, se reconoce el carácter activo tanto de los agentes externos a la comunidad (psicólogos, etc.), como los agentes internos de la comunidad. Estos dos grupos de actores interactúan como co-terapeutas para explorar y promover que grupos organizados comunitarios logren hacer los cambios que la comunidad busca. En segundo lugar, el apoyo social forma el sustento para el trabajo clínico comunitario. Tercero, se usa el término “sentido de comunidad” para comprender el sentido psicológico de la comunidad, las relaciones entre los miembros y el sentido de pertenencia y atracción hacia los miembros de la comunidad y la

comunidad misma. Cuarto, el estudio de la generación de redes - morales, colaboración o afectivas – que nacen en parte por el sentido de comunidad. Finalmente, el estudio de las normas sociales y su interacción con el sentido de comunidad y los problemas comunitarios a nivel social, psicosocial y de trastornos mentales.

Otros elementos de la psicología clínica comunitaria se pueden encontrar en la definición de Pérez de Antelo (2003):

La psicología clínica comunitaria es una subespecialidad aplicada de la psicología que, partiendo del saber teórico y metodológico de la clínica psicológico y a la teoría social comunitaria, tiene como objeto de interés la comprensión e intervención del vínculo-relación persona-comunidad, entendido como un tejido de pautas vinculantes y significativas, con el propósito de impulsar la salud mental integral, inserta en el espacio de la unidad vincular.

De este modo, se trata de un saber que trasciende el lugar donde ocurre la comprensión e intervención (v.g: consultorio-comunidad), pues se asume a ambos como recíprocamente constituidos, al tiempo que también resulta autónoma de la técnica de aproximación, pues le constituye, ante todo, el interés por el tejido de relaciones transaccionales persona-comunidad, antes que las exigencias y especificidades de los artefactos técnicos. (p. 208)

A estos elementos Márquez-Lara (2004) le agrega:

1. Historicidad – Analiza la relación histórica del individuo, de la comunidad y entre el individuo y su comunidad.
2. Nivel de integración del actor social dentro de la comunidad e importancia que la comunidad tiene para el actor social. El nivel de integración del actor social dentro de la comunidad ayuda a medir la calidad del impacto de los recursos y los riesgos para el individuo. De la misma manera, a medida que la comunidad tenga mayor importancia para el actor social, mayor impacto que tendrán los riesgos y recursos comunitarios. Esto se relaciona al elemento de sentido de comunidad que Montero (2002, Noviembre) mencionó.
3. Fantasía de curación – Se refiere a las expectativas que tanto el individuo, como los grupos en la comunidad tienen sobre la recuperación y sanación para el individuo y la comunidad, y como los actores sociales y grupos comunitarios se imaginan involucrados en el proceso de recuperación.

#### *El movimiento consumista dentro de la salud mental*

En los Estados Unidos (EEUU) existen dos refranes muy típicos: *The customer is always right* (“El cliente/consumidor siempre tiene la razón”) y *Buyer beware* (“Consumidor tenga cuidado”). Estos son refranes, que a mi modo de ver, definen gran parte de la cultura consumista

El movimiento consumista también se incorporó en el área de salud. A medida que los servicios de salud se manejaban de una manera más oficinesca, los pacientes empezaron a ser percibidos como consumidores (Reeder, 1972 en Beisecker & Beisecker, 1993). Bajo esta nueva estructura de servicios de salud, la relación médico-paciente se había incorporado a una industria donde el paciente recibía servicios médicos y por lo tanto se convertía en un consumidor (Campbell, 1998): El médico provee unos servicios al consumidor y el consumidor decide aceptarlos o no. Esta dinámica contribuyó al cambio paradigmático de ver a los pacientes como consumidores. Aun así, probablemente es más fácil para la sociedad ver a un hombre de clase media/alta, blanco que visitaba a su cardiólogo como un consumidor; que a un hombre indigente, afro americano, que estaba viendo a un psiquiatra en un hospital psiquiátrico.

Este cambio de perspectiva conlleva cambios importantes en la producción de información. Al reconocer a los “pacientes” como dueños de su tratamiento, ahora tienen mayor influencia sobre las investigaciones en el área de salud mental, de cómo se usa esa información, y quien toma las decisiones sobre su tratamiento (Campbell, 1998). Con este cambio, el rol del “paciente” es distinto dentro del sistema de salud mental (Chowinec, Neunaber, & Karjl, 1994) y cambia la relación de poder que prevalecía anteriormente entre médico y paciente. Esto también se puede observar en la importancia que se le da a los resultados del tratamiento, donde el consumidor tiene una opinión y posición privilegiada al ser quien mejor puede evaluar los servicios y el impacto sobre sus síntomas y calidad de vida (Campbell, 1998)

El impacto de estos cambios sociales en el área de salud mental se reflejaron en el reemplazo del modelo Quality Assurance (QA) (Aseguramiento de Calidad) por el de

Continuous Quality Improvement (CQI) (Mejoramiento continuo de calidad) que se basa en TQM (Chowinec et al., 1994). QA era un modelo que buscaba los requisitos mínimos para prestar los servicios básicos. El problema con este modelo es que no tenía una manera de incorporar el mejoramiento de los servicios, por lo tanto, deja por fuera la satisfacción de los consumidores, su reacción, etc. En cambio, el modelo CQI, que es la adaptación de TQM, los consumidores de servicios de salud mental son los “últimos jueces de calidad” (p. 48) Además, fomenta la relación entre los proveedores de servicios y los consumidores con la cual se puede mejorar la calidad de servicios continuamente (Chowanec et al., 1994).

Hasta el mismo cambio de nomenclatura, de paciente a consumidor, refleja un cambio de la actitud paternalista, positivista a una de consumismo y relativista que se observa en los EEUU a nivel nacional (Marques, C., Geraty, R., Harbin, J., Hoover, K., Theis, J., 1994 en Campbell, 1998). Entonces las agencias empiezan a ver a los consumidores como personas y no como enfermedades (Chowanec et al., 1994).

Aunque la opinión del consumidor cada vez se va tomando más en cuenta todavía existe una brecha entre la perspectiva del profesional y la del consumidor. El profesional suele buscar un tratamiento que se basa en el diagnóstico del consumidor, le hace seguimiento a los síntomas, cómo los maneja el consumidor y el impacto que tienen en su vida. En cambio, al consumidor le toca asumir su diagnóstico como parte de su identidad, y su tratamiento como uno que se le ha recomendado por un “experto” para ayudarlo (Campbell, 1998). Sin embargo, me pregunto ¿quiénes pueden evaluar mejor la eficacia de un tratamiento? Según Eddy (1989, en Campbell, 1998) y aquellos que apoyan el nuevo paradigma del consumismo y relativismo, la respuesta es

aquellos que reciben los servicios y quienes lo viven en propia piel. En un diálogo entre el profesional y el consumidor se puede cerrar la brecha que el esquema paternalista, positivista, había remarcado desde hace mucho tiempo.

Obviamente, cuando se adopta un modelo de un área a otra hay obstáculos para que se adapte a los nuevos conceptos. En el área de salud mental, una de las cosas que ha sido difícil es decidir como medir la calidad de servicios (Chowanec et al., 1994) la satisfacción, y los resultados (Campbell, 1998). Es más fácil saber si el servicio de limpieza del carro de una persona fue de calidad, que si el servicio de salud mental tuvo un impacto positivo en la vida del consumidor. Es allí donde el diálogo entre los proveedores de los servicios de salud mental (psiquiatras, CSWs, terapeutas, etc.) y los consumidores es esencial (Chowanec et al., 1994). Es por ello que la IAP, por sus valores y metodología, es predilecta para CQI.

En Green Door, CQI es el modelo más parecido que aplico en mi cargo como Director of Quality Improvement (DIQ) (Director de Mejoramiento de Calidad). Bajo mi dirección, el programa de mejoramiento de calidad ha tratado de incorporar a los consumidores para mejorar los servicios que proveemos como agencia. Además, el modelo de CQI integra con facilidad algunos de los criterios que le exige la corte al sistema de salud mental luego de la emisión de su juicio en Dixon et al. contra Washington, DC.

## *Voz (Voice)*

Hasta el momento lo que se ha discutido han sido distintos movimientos que buscan incorporar nuevas voces (“voices”) a la sociedad, sea la de los consumidores de servicios o los consumidores de servicio de salud mental. La voz dentro del marco de investigación de consumidores de servicios de salud mental “...se convierte en una expresión de individualidad al enfrentarse a los estereotipos sociales negativos. Se convierte en un acto de autoafirmación y se puede entender como una metáfora de protesta.” (Kaufmann & Campbell, 1994 p. 8). El concepto también se usa en la investigación feminista, donde la voz está vinculada con el desarrollo personal ético, intelectual y de un sentido de “self” (Belenky, Clinchy, Goldberger & Tarule, 1986 en Kaufmann & Campbell, 1994).

Sampson (1993) describe varios elementos de la voz de grupos e individuos. Entre ellos habla de cómo la voz tiene que ver con la capacidad de una persona o un grupo de personas de poder expresar sus posturas en una relación de similitud y no de contraste con la opinión de otro grupo. Esta capacidad conlleva un carácter político y de poder que lleva, a aquellos que usan su voz, a aportar a la construcción de su realidad. Al no formar parte de la síntesis en este dialogo que construye su realidad, la voz se convierte en una añadidura al canon cultural dominante.

También, describe cómo la voz dominante distorsiona la relación de poder al asumir una postura sin autoreconocerse como tal (Posteriormente se explicará como la IAP afronta esto directamente al reconocer las suposiciones y valores de quienes participan). En su análisis, él explica cómo la “realidad” se construye con el lenguaje y así mantiene las posturas y las

relaciones de poder inherentes en el discurso, lo cual no es obvio para aquellos en poder, pero lo es para los grupos sin voz: Personas de otras razas, homosexuales, personas con diagnósticos de enfermedad mental, entre otros. Una manera muy sutil de hacerlo es crear definiciones desde la ausencia o falta de características. Por ejemplo, en la sociedad lo femenino se define como lo no masculino, pero no necesariamente en esa polaridad se encuentran las características intrínsecas de la misma feminidad. En otras palabras, aunque algunos grupos puedan tener lo que se percibe como “voz”, por el solo hecho de ser definidos en la sociedad como el contraste al grupo mayoritario están siendo definidos desde la ausencia de características del grupo dominante. Este análisis se resume finalmente en el término de “serviceable other” o “un otro que sirve” creado por la autora afroamericana estadounidense, Toni Morrison (Sampson, 1993). Con este término, lo que se quiere describir es la función que cumplen estos grupos en la sociedad controlada por grupos poderosos. Al ser definidos desde lo opuesto crean un contraste ante sus características y por ende promueve ciertas características como deseables y otras como no deseables. Esto ocurre a todos aquellos que son marginados en la sociedad como son los consumidores de servicio de salud mental que sirven de contraste para que aquellos que tienen poder logren definir lo que es “normal”.

Mientras la voz de aquellos que no se les ha escuchado siga callada, la voz dominante mantendrá el orden social que creó a través de la palabra y su voz. Esto se debe, en gran parte, a que su voz tiene poder dentro de la sociedad que ellos han creado y por ende pueden crear realidades e imágenes congruentes que refuerzan su manera de ver el mundo.

De una forma anecdótica, yo me topé con la realidad que me mantenía en un lugar de poder (hombre, blanco, joven, clase media/alta). Por mi trabajo, tuve la oportunidad de ir a un taller sobre estereotipos raciales y socioeconómicos. Estaba haciendo un ejercicio que consistía en pararse en una línea imaginaria y dar un paso al frente de acuerdo a las discusiones. La instructora comenzó a decir cosas como “Da un paso al frente si...fuiste a un colegio privado...fuiste a universidad privada...si fuiste el primero en graduarte del colegio en tu familia...si fuiste el primero en graduarte de la universidad en tu familia...etc”. Otras veces indicó, “Da un paso atrás si tu familia necesita ayuda gubernamental para alimentarlos...si nunca has viajado en avión...”. Recuerdo que yo tomaba varios pasos hacia delante junto con otras personas, pero a la vez otro grupo se fue quedando atrás y nos empezamos a separar. En una de las indicaciones de la instructora, yo dudé por un momento recordando si en mi niñez había hecho lo que la instructora había dicho. En ese momento una persona participaba en el taller, gritó “Toma un paso hacia adelante, sabes que si lo hiciste”. Eso me tomó por sorpresa. Sentí rabia al ver que esta persona pensaba que ella sabía como había sido mi vida en base a mi apariencia. Al final, compartí mis sentimientos de tristeza y rabia con el grupo. Y en ese momento, una mujer, joven, afro americana, contestó “Así como te sentiste en ese instante me he sentido toda mi vida”.

Esta experiencia fue muy reveladora personalmente y pude comprobar en carne propia lo que dice Sampson (1993) sobre el poder; yo no reconocía el poder como un factor en mis experiencias de vida. Fue la voz de una persona, que la sociedad históricamente ha oprimido y sigue oprimiendo, que me hizo caer en cuenta del poder dentro de las relaciones sociales. Y ¿qué hubiera pasado si esta persona no expresa su opinión, y decide mantenerse callada ante las

críticas de un joven sentado en el poder? Se refuerza el estatus quo y la voz de la persona oprimida se esconde más. Como dice Gaventa y Cornwall (2001), si las diversas voces no se escuchan en un foro que dice ser plural, el peligro yace en que el estatus quo y la voz de los poderosos permanezca.

Además de incorporar las diversas voces, incluyendo las de aquellos marginados por la sociedad, de una manera donde todas se escuchan y se expresan, otra manera de incorporar sus voces es como guías de las teorías y constructos que guían la investigación sobre temas relevantes. Cuando los consumidores no forman parte del grupo de personas que producen información y teorías sus experiencias no se traducen al lenguaje de los investigadores y los mismos consumidores terminan usando palabras extrañas y alejadas de su experiencia personal (Kaufman & Campbell, 1994). Afortunadamente, se han evidenciado cambios a través del tiempo. Por ejemplo, en 1989, the National Association of State Mental Health Program Directors (NAMSHPD) (Asociación nacional de directores de programas de salud mental) reconoció y promovió la contribución de pacientes/clientes/consumidores en la evaluación y desarrollo de programas, mejoramiento de calidad, entrega de servicios, etc., de un proveedor de servicios de salud mental (Campbell, 1998, p. 7).

Otro ejemplo es el rediseño de la carátula del Journal of Mental Health (Diario de salud mental) de Inglaterra, que tomo la oportunidad para describir una nueva época del tipo de investigaciones que le gustaría publicar. Esta nueva era, simbolizada por los cielos azules de la carátula, busca incorporar a los consumidores a las investigaciones, donde "...no son solo los 'sujetos' de una investigación, sino ahora pueden tener un impacto en un foro de investigación de

influencia” (Wykes, T., 2003, p. 6). Un ejemplo más cercano al contexto de Green Door y a esta investigación es que, tanto Green Door como DMH tienen consumidores que participan en las juntas directivas y otros grupos donde se toman decisiones importantes.

Siguiendo los pasos teóricos y prácticos de lo que hemos visto, el presente trabajo busca incorporar la voz de los consumidores de salud mental en el área de mejoramiento de calidad en Green Door. Sampson (1993) postula que los psicólogos pueden tener un impacto importante si logran participar en el diálogo asimétrico entre las diversas voces, a eso le agrego, que los psicólogos clínicos comunitarios se encuentran en un espacio privilegiado para asistir y formar parte de estos diálogos por manejarse entre lo individual y lo comunitario, por ser creadores de diálogos internos y externos, y por catalizar procesos en personas y comunidades que logran que ellos redescubran el poder y la voz que la sociedad les esbozó. Es por ello que los métodos para esta intervención usaron técnicas aptas para este diálogo, entre ellos la investigación cualitativa, como es la Investigación Acción-Participativa (IAP).

### Capítulo III - Marco metodológico

El modelo metodológico de esta intervención se basa en una metodología cualitativa.

Según Creswell (1998) esto es “un proceso de búsqueda de entendimiento basado en distintas metodologías de búsqueda que exploran un problema social o humano.” (p.15).

Moustakas (1994) señala siete características de modelos de investigación cualitativa:

- Reconocen el valor del diseño y metodología cualitativa, los estudios de la experiencia humana que no se pueden entender a través de las experiencias cuantitativas.
- Se enfocan en la totalidad de la experiencia en vez de solamente en los objetos o partes.
- Buscan por significados y la esencia de la experiencia en vez de medidas y explicaciones.
- Obtienen descripciones de experiencias desde el punto de vista de primera persona en conversaciones y entrevistas formales e informales.
- Consideran la información recolectada de las experiencias como imperativas para entender el comportamiento humano y como evidencia para investigaciones científicas.
- Formulan preguntas y problemas que reflejan el interés, el compromiso personal del investigador y lo involucrado que se encuentra.

- Entienden el concepto de la experiencia y el comportamiento como una relación inseparable e integrada entre sujeto y objeto y partes y la totalidad.

Montero (2006) describe otras características de la metodología cualitativa que resaltan su capacidad de adaptación a técnicas específicas. Por ello, los métodos cualitativos son preponderantes en el área de psicología comunitaria y psicología clínica comunitaria. Estas características son:

- Su carácter inductivo – la teoría que se construye viene de los datos que se van recolectando.
- La flexibilidad en los diseños de investigación.
- La perspectiva holista que incorpora diversos elementos para poder capturar la multiplicidad y complejidad de la vida.
- La interacción entre investigadores, participantes o informantes. No existe una clara distinción entre sujeto y objeto. Ya que el sujeto como el objeto se ven impactados y afectan la investigación porque los dos participan.
- La búsqueda del sentido y la comprensión de los fenómenos estudiados dentro del marco de referencia de los participantes

- La selección de participantes o informantes se hace en base a lo que se necesite conocer y de quien se toma la información adicional y a su vez refleje el “...universo de sentido en el cual estos informantes se mueven.” (p. 50).
- La utilización de conceptos sensibilizadores para desarrollar explicaciones de los fenómenos.
- “La ampliación de los escenarios sociales y de la personas consideradas dignas de estudios.” (p.51), por ejemplo, la vida cotidiana.
- “El énfasis en la validez considerada mediante su proximidad al mundo empírico.” (p.51)
- Los resultados no son preestablecidos, más bien “...emergen de la dinámica de la sociedad y de la conducta humana durante una investigación que sistemáticamente vigila las transformaciones a la vez que interviene para producirlas, al mismo tiempo que evoluciona a partir de ellas” (p.51).

La metodología cualitativa empleada en esta investigación fue la de la investigación-acción participativa (IAP), ya que esta contiene características adicionales que se prestan para el acercamiento a la comprensión de procesos tanto comunitarios como clínicos. Estas características planteadas por Montero (2006) son:

- El carácter participativo. Sin este, no se podría actuar de una manera relevante en la comunidad porque son los miembros los que deciden los cambios que quieren hacer y forman parte de la transformación.
- El carácter ético de la IAP expresa la necesidad de respetar y reconocer al otro y abandonar las posturas paternalistas que asume que este se encuentra menos capacitado colocándolo en una posición de inferioridad. Respetar al otro en su totalidad y sus conocimientos, permite que exista la horizontalidad entre los agentes externos (facilitadores) y los agentes internos (miembros de la comunidad). Es decir, el respeto mutuo logra que se valoren y respeten las aportaciones tanto de los agentes internos, como la de los agentes externos.
- El carácter transformador busca modificar las situaciones que los agentes internos han calificado como problemáticas, opresoras, y/o injustas, en conjunto con la colaboración de los agentes externos.
- Otro componente que se acopla a la clínica- comunitaria, es su carácter reflexivo. Es éste el que se genera en la praxis; en el encuentro entre la práctica y la teoría, y el que permite que converjan los conocimientos académicos, con los saberes de la comunidad.
- A su vez, el componente reflexivo forma parte de la acción-reflexión-acción, que a su vez refleja el carácter concientizador de la IAP. De esta forma, al promover la conciencia en todos los agentes involucrados, externos o internos, se crea un feedback

inmediato que permite evaluar la adecuación de la intervención a la realidad subjetiva de la comunidad.

- El carácter dialógico de la IAP promueve la reflexión, y a su vez, la participación. Este carácter describe el proceso de tesis, antítesis, síntesis, a través del cual se pone en marcha el proceso transformador de la IAP.
- El carácter político de la IAP, el cual se refiere a que debido a las transformaciones asumidas por nuevos actores sociales, hay un proceso de formación de sociedad civil.
- El carácter educativo describe la capacidad de aquellos nuevos actores sociales que al haber aprendido nuevas formas de acción, pueden a su vez divulgar esos conocimientos y otros más.
- Finalmente, el carácter crítico permite "... reconocer y rechazar... las causas que hacen negativa de la situación de vida." (Montero, 2006, p.144).

Todas estas características forjan un nuevo paradigma que ayuda a los psicólogos comunitarios y clínicos comunitarios a acercarse, con ciertas herramientas teórico-prácticas, a la vida cotidiana de las personas.

Finalmente, la IAP provee un espacio de diálogo donde distintos actores sociales, con distintas experticias, se pueden reunir y hablar dentro de un contexto común. En el caso de la

presente investigación el contexto común fue la agencia de salud mental Green Door y el espacio de diálogo se ubicó dentro del marco de mejoramiento de calidad de los servicios.

A continuación se presenta las fases de esta metodología y cómo se aplicaron a la presente investigación.

### *Familiarización*

La familiarización busca que los agentes externos y los miembros de la comunidad empiecen a conocerse y relacionarse mutuamente con varios fines. Este proceso bidireccional, el cual nunca termina, busca "...la sensibilización de los investigadores respecto de la comunidad y sus problemas..." (Montero, 1991, p.3); un acercamiento a la comunidad que permita la comunicación de los problemas, necesidades, y recursos en la comunidad, a la vez que permite que ésta conozca a los agentes externos. También es una fase de recopilación de la información de la historia y dinámica comunitaria a través de la observación.

En el caso de la presente intervención, el proceso de familiarización para el psicólogo clínico comunitario con Green Door y sus consumidores comenzó en Noviembre del 2006. Para los consumidores, la familiarización con la Agencia varía mucho, unos han participado desde hace más de 40 años desde la fundación de Green Door, y otros desde hace pocos meses.

Mi primer acercamiento a esta comunidad fue desde el punto de vista de un Community Support Worker (CSW) (Trabajador de apoyo comunitario). La Agencia describe esta posición

como una persona que "...asiste a los consumidores definiendo sus metas para la rehabilitación y en cumplir con ellas. Mucho de este trabajo es de vincular al consumidor con servicios y profesionales que pueden lo pueda ayudar en su rehabilitación. Una de las principales maneras de ayudar al consumidor es formando una relación, basada en la confianza, terapéutica y de apoyo. A medida que acompañan a consumidores a sus casas, y conocen los lugares donde ellos suelen socializar, trabajar, rezar, los trabajadores de apoyo comunitario son capaces de facilitar la rehabilitación y la integración." (Green Door, 2008). Cada CSW trabaja en un "equipo" supervisado por un supervisor clínico.

El CSW es quien interactúa diariamente con los consumidores que reciben servicios de la Agencia. Cada CSW tiene unas dos semanas de entrenamiento y luego se le asigna entre 15 y 25 consumidores. Él es entonces responsable de organizar su horario con lo de los consumidores y proveer diversos servicios de rehabilitación con la meta de ayudarlos a lograr la mayor capacidad de independencia posible en su comunidad.

En mi primer día de trabajo llegué apenas abrían las puertas de la Agencia. Me encontraba al lado de un señor alto, afroamericano, con un abrigo beige. Nos cruzamos la mirada. Los dos entramos y nos sentamos en la sala de espera. Ví que empezó a leer su periódico y le pregunté: "Hoy también es tu primer día?". Me miró como asustado. No entendí su reacción y se cubrió con el periódico para leerlo y crear una barrera entre nuestra mirada. A medida que pasaron los minutos el lugar se fue llenando de otras personas. La mayoría de estas tenían aspecto sucio. En medio de la bulla y la situación novedosa empecé a sentir que estaba comenzando a perder mi mente. Era como si la angustia y el terror que había visto en la mirada

de aquel señor me había contagiado. En ese momento llegó quien me iba a entrenar y me llevó hacia el área de las oficinas, detrás de unas puertas que sólo permite la entrada a aquellos que tienen la llave electrónica de Green Door; sentí un gran alivio.

De este primer acercamiento aprendí varias cosas sobre la Agencia, sus consumidores y yo mismo. En primer lugar sentí la diferencia que existe entre los empleados y los consumidores. Esta tiene una manifestación física: La puerta con acceso electrónico que mantiene a los empleados en la oficina de un lado y a los consumidores que esperan de otro. También la diferencia de poder donde sólo aquellos con la una llave electrónica pueden entrar. Aunque los consumidores pasan al área de trabajo, sólo lo hacen acompañados de empleados de Green Door. Cuando uno encuentra a los consumidores en la comunidad, no existen estas diferencias físicas pero ya se han establecido tanto psíquicamente, como socialmente, como se exploró en el Capítulo II.

A las a dos semanas de haber comenzado me asignaron a 15 consumidores. Se suponía que tenía que basar mis interacciones con los consumidores en el Individual Recovery Plan (IRP) (Plan Individual de Recuperación). Este plan que había sido co-creado con el consumidor abarcaba las áreas que Medicaid, la agencia federal que administra la plata asignada para la salud y salud mental, aprobaba para pagar. La verdad es que no me guiaba por los objetivos establecidos en los IRP, sino trataba de guiarme por lo que el consumidor quería tratar, que usualmente sí estaba vinculado al IRP. En mi interacción con los consumidores los acompañé en sus procesos, los ayudé a aplicar a los beneficios a medida que los dos aprendíamos como hacerlo, descubrimos recursos en la comunidad y los llamábamos juntos, conocí la ciudad de

Washington, DC y atajos gracias a sus direcciones. En esta posición también aprendí sobre la dinámica de la oficina entre colegas y supervisores, los recursos en la comunidad y la Agencia, los procedimientos internos, y sobre el Department of Mental Health (DMH) (Departamento de Salud Mental de Washington, DC).

En esta posición *aguanté* cinco meses. Me sentía cansado y desmotivado. Había creado un vínculo con los consumidores pero el acompañamiento era agotador. A diferencia de mis prácticas de terapia durante mi especialización en psicología clínica comunitaria en el Parque Social de la Universidad Católica Andrés Bello, donde las sesiones con los consumidores duraban mucho más de 50 minutos o una hora. Diariamente teníamos que interactuar con consumidores por cinco horas. Para cumplir con mi meta de productividad mensual, trataba de ver tres o cuatro consumidores por día. Además de vincularlos con los servicios que necesitaban, pasaba mucho tiempo escuchándolos y tratando de acompañarlos en sus angustias, delirios, conflictos etc. Trabajé con algunos consumidores más psicóticos que otros, pero con todos era difícil acompañarlos en sus dinámicas diarias que parecían perpetuas y repetidas. Algunas de estas eran crisis, mientras otras eran monótonas. Algunos eran capaces de entender y comprender las cosas que tenían que hacer para empezar a encaminarse a lo que querían hacer, pero luego se les hacía muy difícil tomar pasos para ellos. Otros, no expresaban esa capacidad y con ellos mi trabajo era acompañarlos y ayudarlos a mantener la infraestructura que los rodeaba que era lo suficientemente estable para que continuaran viviendo su vida rutinaria (levantarse, ir a un programa para pasar el día, ver a los médicos, regresar a su casa a dormir). El trabajo con ambos era difícil y agotador.

Además, me frustré mucho por la sensación de que a pesar de mi esfuerzo y dedicación no veía cambios en los consumidores, ni sentía su motivación para mejorar lo que ellos identificaban como problemas. Aunque sabía que yo no era responsable porque las personas cambiaran y que cualquier cambio tomaría tiempo, una parte de mí necesitaba reconocer que mi esfuerzo estaba teniendo un impacto en la vida de los consumidores. Aunque estos temas los compartí con mi supervisora, la mayoría de mis supervisiones consistían en dar un recuento del estado de cada uno de mis consumidores. En mi ingenuidad, me imaginé la supervisión como una supervisión clínica donde discutía un caso y mis intervenciones, las reacciones, lo que sentía, etc., pero no fue así.

Esta frustración, junto con el desgaste emocional, me llevaron a buscar otro trabajo que no involucrara tanto estrés emocional y además pagara mejor. Justo en ese momento apareció la oportunidad para aplicar a la posición de Director of Quality Improvement (Director de Mejoramiento de Calidad), en la misma agencia de Green Door. Concurse por el puesto y fui seleccionado en Abril del 2007. Este rol tenía responsabilidades muy distintas a la de mi previa posición. La descripción de las responsabilidades del trabajo son "...ser responsable en las áreas de mejoramiento de calidad, asesoramiento de riesgo, pólizas de servicio, y gerencia de las historias médicas...uno de los aspectos más importantes de esta posición es poder transmitir el concepto de mejoramiento de calidad a los empleados y a los consumidores, su importancia, e involucrarlos en actividades que los involucren el proceso." (Green Door, 2008). La posición me colocó en un lugar donde podía usar mis aprendizajes del posgrado de psicología clínica comunitaria y aplicarlos en la Agencia, y también me permitió alejarme del acompañamiento que me desgastaba emocionalmente.

Las primeras semanas estuve leyendo muchas pólizas, reglas y leyes que gobiernan Green Door y otras Core Service Agency (CSA) (Agencia de Servicios Centrales) en DC. Esto fue una oportunidad para conocer el por qué de mucha de las cosas que me habían exigido como CSW. En este período de entrenamiento, también tuve la oportunidad de recibir información sobre asuntos de la política interna de la Agencia, por ejemplo, a quién iban a despedir y por qué, o lo que una trabajadora le había hecho a un consumidor. Este rol administrativo me dió la oportunidad de seguir mi proceso de familiarización con diversas partes de la Agencia y de comprender su interrelación; algo que no logré hacer con el trabajo intenso y directo de CSW.

El cambio de perspectiva también afectó mi manear de ver los consumidores. Como CSW, mi enfoque era el individuo en su contexto. Todo lo que hacía era ayudar al consumidor vivir independientemente en la comunidad y vincularlo con recursos de la misma. En cambio, en esta nueva posición, empecé a ver a los consumidores como expertos en los servicios de Green Door. Al verlos así, quería escuchar su perspectiva sobre los servicios y ver como ellos querían mejorar a la Agencia. Pasaron de ser individuos en la comunidad a actores sociales en la comunidad de Green Door.

#### *Detección de Necesidades y Recursos*

Según Montero (1991), la detección de necesidades comprende un conjunto de actividades grupales, colectivas de carácter participativo, mediante las cuales se busca que una comunidad o grupo señalen aspectos de su vida en común que sientan que no les satisfacen, que

son inaceptables, perturbadores y limitantes, que les impida alcanzar un modo de vida diferente, que se percibe como mejor y a la cual se aspira.

Las distintas necesidades se pueden clasificar de cuatro distintas maneras:

1. Normativas o inferidas – Aquellas necesidades dictadas por los expertos o profesionales en base a estándares sociales tales como mejora en la calidad de vida, salud etc.
2. Sentidas – Aquellas necesidades relacionados con los procesos afectivos y motivacionales de la comunidad que son manifestadas por los actores sociales y por lo tanto conllevan a mayores procesos de participación.
3. Expresadas o exigidas – Aquellas necesidades avasallantes en la cual las personas desbordan su emoción, estando frecuentemente relacionadas a situaciones límites.
4. Comparadas – Aquellas necesidades que nacen a raíz de la comparación de dos lugares o condiciones distintas; dicha comparación suele basarse en necesidades normativas (Montero, 1991).

Cuando el trabajo clínico-comunitario surge desde las necesidades normativas o comparadas, es posible que la comunidad no asuma la transformación y por ende, no participe. En cambio, al trabajar desde las necesidades sentidas y reconocer los problemas como temas

importantes a trabajar, se valoriza su capacidad de reflexión, autogestión y transformación. De otra forma se asume una postura paternalista y se interviene en áreas que pueden no ser vistas como problemáticas, ni sentidas como tales en la comunidad. Lo que puede generar rechazo ante la intervención, y los investigadores externos pueden perder credibilidad ante la comunidad.

Desde mi posición como Director de Mejoramiento de Calidad surgieron diversas necesidades y de distintos tipos durante la detección de estas. La primera necesidad que apareció desde la Agencia fue evaluar y mejorar la calidad de los servicios; una necesidad normativa y comparativa. Independiente de lo que sentían los consumidores con respecto a los servicios, parte de mi trabajo era evaluar esta área porque Green Door lo tenía como un proceso establecido.

Por mi formación como psicólogo clínico comunitario y mi decisión de usar la IAP para mis proyectos como Director de Mejoramiento de Calidad, quise hacer una detección de necesidades con los consumidores para identificar las necesidades mas sentidas por ellos. Entre Agosto y Septiembre hice propaganda para dos reuniones donde invitaba a los consumidores a compartir como ellos pensaban que podía mejorar Green Door como una manera de detectar sus necesidades sentidas (ver Anexo B). Estas propagandas se hicieron durante el mes de Septiembre del 2007 cuando se celebraba el “Mes de recuperación nacional de abuso de sustancias” de Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAHMSA) (Administración de Servicios de Abuso de sustancias y salud mental)<sup>5</sup>. Los resultados de esta

---

<sup>5</sup> Aunque el evento nacional es para personas que solamente sufren de problemas con sustancias, opté por abrir la invitación a todos los consumidores que estaban lidiando con problemas de enfermedad mental y/o sustancias.

detección de necesidades se detallan en la siguiente sección, Desarrollo de la intervención, bajo la sección “Consumer Participation Forum”.

El proceso de identificación de necesidades necesariamente conlleva la detección y evaluación de los recursos con los que cuenta la comunidad. En el caso de Green Door hay varios recursos. En primer lugar, los consumidores crean un fuerte vínculo con los empleados con quienes trabajan. Muchos consumidores sólo cuentan con los CSWs y Green Door para poder encaminarse y poder vivir y trabajar. La cotidianidad del trabajo del CSW con los consumidores fomenta una cercanía donde los consumidores comparten con los CSWs estados de cuenta, resultados médicos, y comparten con ellos sus esperanza y frustraciones. Este tipo de interacción promueve un fuerte vínculo.

Otro recurso de Green Door es que lleva 42 años trabajando con las personas con diagnósticos de enfermedad mental en DC. De esta manera, se ha establecido como una de las agencias de salud mental más conocidas en DC. y con mucha gente que ha pasado por sus programas y lo apoyan. En tercer lugar, al ser una de las agencias más grandes de DC. puede hacer cosas que otros programas no pueden, por ejemplo, grupos psicoeducativos, un programa de mejoramiento de calidad, etc.

Otro recurso de la comunidad son las personas que forman parte de ella. Los consumidores de Green Door son personas que generalmente han vivido situaciones terriblemente difíciles pero a pesar de ello, siguen vivos, buscando ayuda, con la esperanza de mejorar su calidad de vida. Aunque esto es solo un recurso, es uno que es de suma importancia

ya que mantiene a los consumidores vinculados a la vida y a la esperanza de mejorar la calidad de ella.

### *Desarrollo de la intervención*

Tomando en cuenta lo que se ha explorado en el marco teórico de la antipsiquiatría, la voz del consumidor, el movimiento consumista, el contexto histórico y legal del área de salud mental en DC, la detección de necesidades y el modelo clínico comunitario se creó una intervención con los siguientes objetivos generales:

- 1) Crear lugares donde los consumidores puedan expresar su experticia en el área de salud mental.
- 2) Brindar espacios donde la voz de los consumidores pueda impactar cambios en la agencia a través del proceso de mejoramiento de calidad de Green Door.
- 3) Propiciar un dialogo que incluya a los consumidores para mejorar los servicios de Green Door.

## *Estrategias de intervención*

La implementación de la mayoría de estas iniciativas comenzó durante el mes de Septiembre del 2007 cuando la Agencia celebró el “National Recovery Month from Substance Abuse” o “Mes de recuperación nacional de abuso de sustancias” de SAHMSA. Esto es un evento que se celebra a nivel nacional para que personas, agencias y compañías celebren aquellas personas que se estén recuperando de su problema con el abuso de sustancias.

Diseñé distintas actividades con el propósito de incorporar a los consumidores en el proceso, para así mejorar la calidad de los servicios y el ambiente de Green Door. Las actividades estaban abiertas a todos los consumidores de la Agencia, incluyendo a aquellos que no tenían problemas de abuso de sustancias. Entre los actos, hubo cuatro que buscaron crear un espacio para la voz de los consumidores. Estos fueron: La exhibición de arte: “Art and Recovery”, el boletín: “QI Newsletter”, el grupo de consumidores para planificar eventos y el Consumer Participation Forum (Foro de participación de consumidores).

### *Exhibición de Arte - “Art and recovery”*

Al comenzar la planificación de la exhibición, mi jefe me recomendó que hablara con Pamela Hanks, una de las supervisoras clínicas, porque ella había comenzado una idea en su equipo que podría formar parte de las actividades. Cuando hablé con ella, me comentó que una de las consumidoras en su equipo le había entregado un libro de poesía y Pamela había pensado en hablar con otros consumidores para crear un libro de arte de los consumidores en su equipo.

Se me ocurrió expandir su iniciativa y así nació la exhibición. Se invitó a los consumidores a traer cualquier tipo de arte (pinturas, dibujos, fotos, poesías, etc.) que se relacionara con su propio proceso de recuperación de la enfermedad mental y/o problemas de adicción (Ver anexo C) y, si querían, que trajeran una pequeña explicación de cómo su arte los había ayudado en su recuperación de la enfermedad mental y/o sustancias. Para diseminar la información, puse los panfletos en las paredes de la Agencia, les informe a todos los CSWs para que le comentaran a los consumidores con quienes trabajaban, y les avisé a los empleados en el Clubhouse<sup>6</sup>.

La Agencia me permitió usar el pasillo principal de la entrada para exhibir el arte. Decidí que la exhibición duraría cuatro semanas. Después de las primeras dos semanas cambiaría las obras de arte y pondría otras distintas por las últimas dos semanas. Esto permitió que aquellos que no tuvieron tiempo de traer sus obras de arte a finales de Agosto todavía pudieran traerlas. A finales de Agosto empecé a recibir las obras y sus escritos y las pegué en el pasillo principal de la entrada de Green Door. Además de las obras de arte también pegué una hoja en blanco para quienes quisieran escribir sus comentarios y opiniones sobre las obras de arte y los artistas. Por casualidad, el día que estaba armando la exhibición, un consumidor que suele pasar el día en la Agencia, se me acercó y me preguntó si me podría ayudar y le dije que sí. Él me ayudaba cortando pedazos pequeños de teipe, luego se las pegaba en la parte de atrás de las obras de arte mientras yo las pegaba en la pared. En varias ocasiones le pedí su opinión sobre la mejor posición para colocar una obra, etc.

---

<sup>6</sup> El Clubhouse es la parte de Green Door que funciona bajo el modelo internacional de los Clubhouse. Esta parte de la agencia se enfoca más en actividades sociales, y ayuda a los consumidores a buscar empleos.

Queriendo reconocer públicamente a aquellos que habían participado, organicé un almuerzo para hacer entrega de un certificado de participación. Cada certificado tenía una versión pequeña de la obra de arte que ellos llevaron a la exhibición, unas palabras de agradecimiento personalizadas por mí, una foto del trabajo que realizó, y la firma de una persona de Green Door involucrado en el proceso de recuperación de la persona. Para esta presentación se invitaron a todos los participantes y a aquellas personas que ellos quisieran llevar. También se invitaron a algunas de las personas que trabajaban con los consumidores en Green Door.

El almuerzo también fue una oportunidad para incorporar a consumidores al proceso. Unos días antes le pregunté a un consumidor si me quería ayudar a preparar la comida para el grupo, ya que este consumidor me había comentado anteriormente lo mucho que disfruta cocinar y que hacía una excelente ensalada de papa. Por razones de tiempo le dije que no podíamos hacer la ensalada de papa sino que tendríamos que comprarla pero si quería me podía ayudar a hacer los sándwiches para la reunión. El consumidor aceptó y juntos pasamos dos horas haciendo 50 sándwiches. Le agradecí públicamente por su ayuda, y pude observar que otras personas le dijeron que estaban muy ricos los sándwiches que hizo, y su reacción fue tímida.

Esta experiencia fue una manera de crear diálogo informal, crear comunidad y reconocer la voz de los consumidores. A través de su arte y del almuerzo lograron expresar directamente e indirectamente su experiencia con los servicios de Green Door y otras cosas, que los ayudaron en sus procesos de recuperación. Muchos empleados quedaron sorprendidos de las habilidades artísticas de muchos de los consumidores, e incluso algunos lograron vender sus obras de arte.

Muchos de los consumidores también comentaron lo bien que se sintieron con la exhibición, los certificados y el reconocimiento público. Incluso, algunos consumidores se me acercaron semanas después preguntando cuándo iba a ser la próxima exhibición y expresando su deseo de participar.

Aunque no se entabló un diálogo directo, la exhibición creó la oportunidad para que hubiera una comunicación por parte de los consumidores, con otros miembros de la comunidad de Green Door. El propósito de esta intervención fue dar espacio a la voz de los consumidores y valorizar su experticia en su propia recuperación y valorizar su habilidad creativa.

#### *Boletín – “QI Newsletter”*

Originalmente, el “QI Newsletter” era un boletín trimestral que yo había creado para el uso de los empleados de Green Door. Allí, trataba de comunicarle a los CSWs lo que era el mejoramiento de calidad y cómo ellos formaban parte de ese proceso. Además, también incorporaba estadísticas sobre la Agencia y consejos sobre el trabajo del CSW.

Aproveché la coyuntura del mes de recuperación para invitar a los consumidores a participar en una edición especial del “QI Newsletter”. Me acerqué a consumidores que conocía por haber interactuado con ellos en grupos psicoeducativos, y les pregunté si querían participar en un boletín especial para el “Mes de la recuperación”. Sería una colaboración entre los

empleados de Green Door y unos consumidores. El tema sería reflexiones acerca la recuperación de la enfermedad mental.

El boletín incorporó reflexiones de un consumidor sobre su proceso de recuperación, otro consumidor que también había participado en la exhibición de arte, una consumidora recuperándose de su adicción a la “crack”, un consumidor compartiendo lo que siente cuando le dicen que tiene ideas delirantes, un CSW III hablando de su rol acompañando a consumidores en su proceso de recuperación y una lista de herramientas psicosociales que pueden ayudar a cada persona en su propio camino de recuperación (Ver Anexo D).

Esta fue una forma menos abstracta y más explícita de incorporar la voz de consumidores a la agencia de Green Door. En sus escritos lograban expresar qué los había ayudado en su recuperación así, como también sus teorías y filosofías sobre la salud mental, la recuperación, el arte, etc. Como en la exhibición de arte los consumidores que participaron comentaron lo bien que se sentían al haber participado. Algunas semanas después se me acercó un consumidor que había sido publicado en otra revista, para las personas indigentes, y me dijo que estaría interesado de participar en la siguiente edición.

Nuevamente, ésta fue una intervención con el fin de crear un espacio para que la voz de los consumidores se expresara de una manera más concreta en comparación a la exhibición de arte. Aunque con estas intervenciones todavía no se establecía el diálogo entre los diversos actores se había empezado una progresión hacia la incorporación de la voz de los consumidores dentro de Green Door.

### *Grupos de consumidores – Planificación de eventos*

Otras de las actividades que tenían valores de la psicología clínica comunitaria era la de los grupos de consumidores para co-crear con ellos actividades o grupos permanentes. Una de las ideas que le propuse a los consumidores que encontré en la Agencia, era la de crear una propuesta de una actividad para celebrar el “Mes de la recuperación”. Inicialmente, me acerqué a los grupos psicoeducativos de Green Door y presenté la idea, dí la opción de que aquellos que estaban interesados, se anotaran en una lista y establecí una fecha para reunirnos. De aquellos que se anotaron, cuatro fueron a la primera reunión. En esa primera reunión, enfatiqué que la idea era que ellos crearan una propuesta para celebrar el “Mes de recuperación”, les expliqué que iba a facilitar el proceso y luego comunicarle la idea a la Agencia, pero que yo no quería encabezar el grupo ya que eso eliminaría el propósito de celebrar la recuperación de cada persona y su capacidad creativa y organizativa. Surgieron varias ideas interesantes y al final de la reunión acordamos que cada quien, en el grupo, iba a averiguar algo sobre las ideas propuestas (e.g. El horario de un show en un centro de arte, la fecha de un partido de béisbol y el costo de las entradas, el horario y los costos de unas entradas de cine, entre otros.).

La semana entrante, aquellos que fueron a la reunión no habían llevado las cosas que habíamos acordado. En las siguientes reuniones, no fueron tantos participantes y aquellos que estaban tenían alguna información pero sin una propuesta concreta. Al final, no se hizo ninguna propuesta concreta y no hubo una actividad coordinada por los consumidores para celebrar su recuperación.

Adicionalmente, hubo unos obstáculos en el diálogo entre la Agencia y este grupo. El Director Ejecutivo de la Agencia quería una propuesta de la actividad con un presupuesto antes de asignarles dinero. Los consumidores decían que no sabían que actividad escoger sin saber su presupuesto. Sin embargo, la Agencia no cedió y exigió una propuesta con presupuesto. Aunque los consumidores aceptaron trabajar con las limitaciones impuestas por la Agencia el entusiasmo inicial disminuyó.

En las reuniones que siguieron a los consumidores se les había olvidado hacer lo que se habían comprometido a investigar (por ejemplo, averiguar cuándo eran los partidos de béisbol, obras de teatro y precios de boletos, etc.). Y, aunque algunos sí llevaron la información que acordaron traer el grupo, no la utilizaron para concretar una propuesta que se pudiera llevar al Director Ejecutivo.

#### *Consumer Participation Forum*

De todos los intentos de entablar un diálogo entre los consumidores y la Agencia para mejorar la calidad de los servicios este grupo fue el que más duró, y logró hacer varias propuestas concretas. Por una parte, este diálogo surgió como una necesidad normativa por parte de la Agencia. La Agencia quería hacer una encuesta para evaluar el nivel de satisfacción de los consumidores. Por otra parte, por mi experiencia de escuchar críticas de Green Door cuando trabajaba como CSW y conversar con los consumidores en la sala de espera, quería crear un espacio para entablar un diálogo con esas personas. Por último, por mis valores clínicos

Vale notar que, en la conversación, los consumidores polarizaban ciertos temas, como la actitud de las recepcionistas hacia los consumidores, su manera de comprender salud mental y el control sobre sus propias acciones. Era como si, como parte de una primera exploración se empezaban a conocer las posturas más radicales para luego poder integrar las polaridades en el diálogo.

Al final de estas primeras reuniones invité de nuevo a los consumidores a venir a una tercera reunión donde les devolví los temas que habían surgido de las conversaciones en las reuniones anteriores. En esa tercera reunión compartí la lista de temas que habían surgido de las reuniones previas y les pregunté si estaban de acuerdo. Después de conversar sobre la lista de los temas detectados invité a aquellos que querían reunirse conmigo semanalmente para explorar maneras de resolver los problemas que habíamos identificado, y hacer propuestas concretas para resolverlos.

Cinco personas regresaron la semana siguiente para continuar hablando de esos temas. De allí en adelante, nos reunimos entre dos y cinco personas semanalmente desde Octubre 2007 hasta Diciembre 2007. A finales del 2007 cambiamos el formato para hacer el grupo abierto a todos los consumidores, en vez de aquellos que habían participado en la detección de necesidades en Octubre del 2007. En el 2008 nos reunimos entre dos y tres personas semanalmente hasta que la Chief Executive Officer (CEO) (Presidenta), después de haber asistido a una reunión donde nadie vino, me pidió que cambiara el formato de las reuniones a una por mes. Entonces de allí en adelante la reunión formal ocurrió una vez al mes, aunque los consumidores y yo nos reanimamos más a menudo durante la semana para adelantar en los proyectos.

En Julio del 2008 tuvimos la última reunión por diversas razones. En primer lugar, el Director Ejecutivo me informó a finales de Junio que mi posición de Director de Mejoramiento de Calidad había sido eliminada por razones de presupuesto. En segundo lugar, una de las participantes que ayudó con el inicio del grupo se mudó a otro estado. Finalmente, el otro consumidor que venía con frecuencia dejó de asistir a las reuniones los últimos meses. Por estas razones el grupo desistió<sup>7</sup>.

En los nueve meses de existencia de este grupo se creó una dinámica de grupo que dio fruto a diversas discusiones, propuestas y aprendizajes. A continuación se presenta un cronograma de las sesiones y los contenidos más resaltantes.

#### CRONOGRAMA DE SESIONES DEL CONSUMER PARTICIPATION FORUM

Fecha	Participantes	Contenido Resaltante
9.26.07	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jerry</li> <li>• John</li> <li>• Bryan</li> <li>• Andrés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detección de necesidades en la sala de espera.</li> </ul>
9.27.07	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jake</li> <li>• Deb</li> <li>• Andrés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detección de necesidades en la sala de espera.</li> </ul>
10.1.07	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ellen</li> <li>• John</li> <li>• Darryl</li> <li>• Andrés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detección de necesidades con grupo en salón.</li> <li>• Andrés explicó propósito de las reuniones y su rol en Green Door.</li> <li>• Se leyó las necesidades detectadas durante 9.26.07 y 9.27.07.</li> </ul>
10.4.07	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ryan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detección de necesidades en grupo en</li> </ul>

<sup>7</sup> Después de que le avisé al grupo la eliminación de mi posición, Green Door decidió mantenerme en mi cargo de Director de Mejoramiento de Calidad. Compartí la nueva decisión con algunos de los consumidores que participaban en el grupo y les comenté que no continuaríamos ya que era probable que cambiara de trabajo dado la situación donde casi perdí mi empleo.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Michael</li> <li>• Jerry</li> <li>• Beatrice</li> <li>• John</li> <li>• Andrés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>salón.</li> <li>• Andrés explicó propósito de las reuniones y su rol en Green Door.</li> <li>• Se leyó las necesidades detectadas durante 9.26.07, 9.27.07 y 10.4.07</li> </ul>
10.9.07	<ul style="list-style-type: none"> <li>• John</li> <li>• Jerry</li> <li>• Ellen</li> <li>• Beatrice</li> <li>• Michael</li> <li>• Elton</li> <li>• Andrés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Devolución en salón.</li> <li>• Andrés repartió lista de los temas que se habían discutidos en las reuniones previas y preguntó si el grupo estaba de acuerdo.</li> <li>• Se hizo invitación para crear grupo.</li> <li>• Se estableció horario, frecuencia y otras normas del grupo.</li> <li>• Para ver lista de todos los temas que surgieron durante la detección de necesidades ver Anexo E.</li> </ul>
10.16.07	<ul style="list-style-type: none"> <li>• John</li> <li>• Jerry</li> <li>• Ellen</li> <li>• Beatrice</li> <li>• Michael</li> <li>• Andrés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupo empezó a establecer normas de diálogo dentro del grupo.</li> <li>• Se agregaron otros temas a la lista de detección de necesidades.</li> </ul>
10.23.07	<ul style="list-style-type: none"> <li>• John</li> <li>• Jerry</li> <li>• Ellen</li> <li>• Beatrice</li> <li>• Andrés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• John trajo información sobre recursos comunitarios.</li> <li>• Se decidió que nadie estaba obligado a traer comida al grupo pero se podía hacer; Andrés proveería agua, té y café.</li> <li>• Se habló del trato de las recepcionistas hacia los consumidores y cómo los consumidores en vez de hablar con ellas evaden interactuar con ellas.</li> <li>• Se introdujo tema de voluntario para ayudar a la Agencia y a los consumidores.</li> </ul>
10.30.07	<ul style="list-style-type: none"> <li>• John</li> <li>• Jerry</li> <li>• Ellen</li> <li>• Beatrice</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupo discutió preguntas que les gustaría hacer a otros consumidores.</li> </ul>
11.6.07	<ul style="list-style-type: none"> <li>• John</li> <li>• Ellen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sugerencia para clases de relaciones interpersonales para las recepcionistas.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beatrice</li> <li>• Andrés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voluntario para hablar por los consumidores.</li> <li>• Se discutieron pregunta que habían formulado la reunión pasada.</li> <li>• Se empezó lista de características de un buen CSW, qué debería y no debería hacer.</li> <li>• El grupo decidió cuando tomaría un descanso de las reuniones durante las vacaciones navideñas.</li> </ul>
11.13.07	<ul style="list-style-type: none"> <li>• John</li> <li>• Beatrice</li> <li>• Michael</li> <li>• Andrés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se habló del proceso de admisión a Green Door.</li> <li>• Se continuó creando la lista de qué debería y no debería hacer un buen CSW.</li> </ul>
11.20.07	<ul style="list-style-type: none"> <li>• John</li> <li>• Will,</li> <li>• Michael</li> <li>• Andrés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se expandieron los temas y clarificaron ideas de la lista de qué debería y no debería hacer un buen CSW.</li> <li>• Se clarificó rol del voluntario.</li> <li>• Will explicitó la necesidad de hacer una orientación para los consumidores.</li> </ul>
11.27.07	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ellen</li> <li>• Will</li> <li>• Andrés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Borrador de lista para los CSWs sobre qué debería y no debería hacer según el punto de vista de los consumidores.</li> <li>• Se habló de cómo repartir la lista.</li> <li>• Se discutió dónde estaría el puesto del voluntario.</li> </ul>
12.4.07	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ellen</li> <li>• Andrés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Andrés pasó los comentarios del Director Ejecutivo sobre la lista para los CSWs.</li> <li>• Se hicieron cambios a la lista incorporando los cambios del Director Ejecutivo.</li> <li>• Se discutió abrir el grupo a todos los consumidores de Green Door.</li> </ul>
12.11.07	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ellen</li> <li>• Moe</li> <li>• Andrés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El grupo se abrió a nuevos consumidores.</li> <li>• Ellen le explicó a Moe de que se trataba el grupo.</li> <li>• Se discutió tener una enfermedad mental versus un desbalance químico.</li> </ul>
1.15.08	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ellen</li> <li>• Moe</li> <li>• Michael</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El grupo continuó trabajando en la lista para los CSWs.</li> <li>• Se exploró la relación de trabajo con los</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Andrés</li> </ul>	CSWs, ¿Es una amistad? ¿Una relación de trabajo? ¿Relación terapéutica?
1.22.08	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ellen</li> <li>• Michael</li> <li>• Andrés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se revisaron los cambios y revisiones a las lista para los CSWs.</li> <li>• Se exploró si Green Door trataba a la persona o a la enfermedad mental.</li> <li>• Se trabajó en una carta de introducción para acompañar la lista para los CSWs.</li> </ul>
1.29.08	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ellen</li> <li>• Moe</li> <li>• Andrés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se revisaron sugerencias de la CEO a la carta para acompañar la lista para los CSWs.</li> <li>• Se habló de cómo distribuir la carta y la lista a los CSWs.</li> <li>• Se aclararon rumores sobre los servicios que ofrecía Green Door, por ejemplo, lo del voucher de \$1500 para comprar muebles.</li> </ul>
2.5.08	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Judith (CEO)</li> <li>• Andrés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ningún consumidor fue.</li> <li>• Judith recomendó cambiar formato de las reuniones a una vez por mes y sólo por una hora.</li> </ul>
2.12.08	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ellen</li> <li>• Moe</li> <li>• Andrés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Andrés comentó los cambios que pidió la CEO para el grupo y que la lista necesitaba ser corroborada por la opinión de otros consumidores antes de ser repartida.</li> <li>• Ellen y Moe estuvieron de acuerdo con los comentarios.</li> <li>• Ellen propuso “debemos saber cómo se sienten [los consumidores]”</li> <li>• Andrés propuso hacer la encuesta de satisfacción con parte adicional específica para Green Door.</li> <li>• Ellen y Moe se ofrecieron para ayudar con el proyecto.</li> </ul>
3.4.08	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Andrés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ningún consumidor fue.</li> <li>• Ellen llamó después para decir que vino temprano pero como no vio a nadie se fue.</li> </ul>
3.11.08	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ellen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Andrés le comentó a Ellen que tenía que</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Andrés</li> </ul>	<p>hacer la encuesta de satisfacción y le preguntó si todavía quería ayudar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ellen volvió ofrecer su ayuda.</li> <li>• Se orientó sobre las leyes que abarcan la confidencialidad.</li> </ul>
3.18.08	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ellen</li> <li>• Andrés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtuvimos 35 nombres de manera aleatoria para la encuesta.</li> </ul>
3.24.08	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ellen</li> <li>• Moe</li> <li>• Andrés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moe volvió a ofrecer su ayuda.</li> <li>• Se orientó de las leyes que abarcan la confidencialidad.</li> <li>• Andrés entrenó a Ellen y a Moe usar software para averiguar las horas que iban a ver los médicos las 35 personas que se habían seleccionado aleatoriamente.</li> <li>• Se practicó cómo acercarse a personas para hacer la encuesta.</li> </ul>
4.1.08	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ellen</li> <li>• Andrés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se discutieron cuántas encuestas faltaban por pasar.</li> <li>• Se exploró cómo le había ido.</li> <li>• Se decidió cambiar la hora del grupo para poder invitar a otros consumidores en los grupos psicoeducativos con los cuales había un conflicto de horario.</li> </ul>
5.6.08	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ellen</li> <li>• Daniel</li> <li>• Mary</li> <li>• Chris</li> <li>• Andrés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se habló de los resultados preliminares de la encuesta de satisfacción.</li> <li>• Se habló de experiencias positivas y negativas con CSWs, cómo se sienten solos a veces los fines de semana. La necesidad de ayudar a crear apoyo social más allá de Green Door.</li> <li>• Se introdujo la idea de un grupo de apoyo entre consumidores.</li> </ul>
6.3.08	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ed</li> <li>• Frank</li> <li>• Andrés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se discutió diferencias entre el Clubhouse y CSA.</li> </ul>
7.1.08	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moe</li> <li>• Andrés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Andrés informó que su posición había sido eliminada y por lo tanto el grupo no iba a seguir.</li> <li>• Recomendé otros grupos para participar.</li> <li>• Hablamos de lo que se había logrado (dos</li> </ul>

		propuestas y la encuesta de satisfacción).
--	--	--

## Capítulo IV - Análisis y discusión

En mi posición como Director of Quality Improvement (Director de Mejoramiento de Calidad) en Green Door estuve en una posición privilegiada para mejorar la calidad de los servicios a través de intervenciones clínicas comunitarias. Para ello usé la Investigación-Acción Participativa (IAP) para crear condiciones de diálogo entre las distintas voces involucradas en la comunidad de Green Door de distintas formas, desde maneras donde la comunicación era más superficial a métodos que fomentaban la discusión y el diálogo.

Las intervenciones que produjeron el mayor diálogo entre los consumidores y la Agencia fue donde se pudo observar diversas dinámicas que resaltan la relación entre los consumidores y la Agencia, y el proceso de incorporarlos en el mejoramiento de calidad. Esta interacción se nota en el grupo de consumidores que trató de crear una propuesta para el mes de la recuperación pero no logró hacerlo.

Analizando la situación, se pueden entender algunas de las razones por las cuales no se pudo concretar este proyecto. Una posible explicación es que los consumidores tenían unos niveles de participación y compromiso que los llevaban a contribuir pero no a encabezar la propuesta o a aumentar el nivel de compromiso y participación. Como describe Montero (2004), los niveles de participación y de compromiso pueden variar dentro de la misma comunidad. Ella describe que hay siete niveles distintos. El núcleo, o primer nivel, está compuesto de aquellos con máximo nivel de compromiso y participación. En el segundo, están aquellos que forman parte de los grupos organizados y que participan en todas las actividades pero no las dirigen. En

discutiría, como máximo, durante tres reuniones. De no lograr una propuesta, el tema se retomaría.

En esas primeras reuniones, Ellen, una de las participantes empezó a designar puestos dentro del grupo. Se autodenominó secretaria, denominó a otros participantes para encargarse de otras cosas (comida, etc.), y finalmente me denominó a mí como "Presidente". Al explorar las razones, ellos compartieron que me escogió por mi capacidad de mediación. Ante eso, dije que en otras reuniones previas otros participantes también habían servido como mediadores. Aun así, insistieron y yo acepté pero resalté que todos teníamos la capacidad de mediar en ese grupo y que quisiera que cambiáramos de rol luego, lo cual aceptaron. Curiosamente, este tema nunca volvió a salir aunque siento que estableció una dinámica donde los consumidores buscaban mi liderazgo para coordinar la reunión.

### *Diálogo y poder*

Una de las áreas pautadas por mí para el grupo era establecer un diálogo entre los consumidores y la Agencia. Yo, como Director de Mejoramiento de Calidad, era quien representaba a la Agencia dentro del grupo. A medida que hablábamos de diversos temas, mi rol era dar el punto de vista de la Agencia. Muchas veces les informaba a los consumidores de procedimientos u oportunidades ya establecidas, las cuales ellos no conocían. En otras ocasiones, lográbamos dialogar sobre sus percepciones de la Agencia y cómo les gustaría cambiarla. En esos momentos, yo hacía preguntas que me imaginaba que iba a hacer el Director Ejecutivo de la Agencia. A veces, cuando le informaba al Director Ejecutivo lo que ocurría en el

grupo el me hacía preguntas, las cuales yo luego se las planteaba al grupo. Aunque, en el grupo, exploramos a menudo distintos temas relacionados con la Agencia y cómo mejorarla, el diálogo “formal” ocurría a través de propuestas. Cuando el grupo tenía una idea, trabajábamos juntos para formar una propuesta para que yo luego se la presentara al Director Ejecutivo, finalmente tomando en cuenta sus comentarios se podría implementar.

El grupo hizo dos propuestas, las cuales se pasaron al Director y a la CEO. La primera propuesta fue en base a la larga espera que los consumidores sentían que tenían que hacer para ser recibidos por sus CSWs, y cuando ellos no estaban en la oficina no tenían otra manera de obtener información. Para ello, propusieron crear la posición de un voluntario en la sala de espera, el cual podía responderles preguntas mientras esperaban. Esta propuesta se unía a la del comité de seguridad de la Agencia que había propuesto tener un voluntario para prevenir hechos violentos.

Aunque en un principio el Director Ejecutivo aprobó la idea, luego, él y la CEO no estuvieron de acuerdo porque sentían que el voluntario estaría interfiriendo con el trabajo de los CSWs. Adicionalmente, los participantes del grupo no buscaron cambiar las responsabilidades del voluntario para que la propuesta fuera posible, por lo tanto nunca se llevó a cabo. Siento que, una vez que el grupo hizo la propuesta soltaron sus responsabilidades y dejaron que yo asumiera su aplicación.

La segunda propuesta nació de la sensación que tenían los consumidores de que los empleados de Green Door a veces no sabían interactuar con ellos. A veces, el trato lo

consideraban ofensivo o poco profesional, y otras veces sentían que no tenían la capacidad de escoger libremente distintos aspectos de su rehabilitación. De estas críticas espontáneas, nació una lista que después de elaborarse en varias reuniones con comentarios por parte de los consumidores, del Director y míos, se terminó convirtiendo en una lista de 10 artículos llamados “Retouching the Green Door: Suggestions from consumers on how to improve working relationships”. Este panfleto fue hecho con la intención de dárselo a los CSWs para que ellos tuvieran una idea de cómo les gustaría ser tratados. Este documento iría acompañado por una carta, que fue creada por el grupo, dándole la bienvenida a los nuevos CSWs e invitando a los antiguos CSWs, a leer el panfleto (ver Anexo F).

Desafortunadamente, este panfleto nunca se les entregó a los empleados de Green Door. A pesar que el Director Ejecutivo estaba de acuerdo con el proyecto, la CEO no estaba muy entusiasmada con la idea. Su creencia era que si algún consumidor no estaba contento con el trato de un empleado de Green Door, sería más eficiente que aquel consumidor hablara directamente con el CSW o su supervisor para hacer los cambios necesarios. Ella temía que algunos empleados de Green Door se molestarían con el panfleto, ya que las sugerencias se podían percibir como si los CSWs no estaban haciendo bien su trabajo. Además, no quería implementar cambios para toda la Agencia en base a la opinión de tres o cinco consumidores. Dijo que para este tipo de cambios o sugerencias necesitábamos por lo menos la opinión de 20 o 30 personas. Por esto, esa propuesta no se realizó.

El grupo de consumidores, al escuchar esto, reaccionó diciendo “¿Debemos saber cómo ellos [los otros consumidores] se sienten?”. Ante este comentario, aproveché y le recordé al

grupo el tema de la encuesta de satisfacción, cómo esa había sido la idea que había llevado a la formación del grupo y que ésta podía ser una manera de averiguar cómo se sentían los consumidores. Los consumidores estuvieron de acuerdo en tomar ese tema y fue de esa manera que dos consumidores colaboraron en el proyecto de la encuesta de satisfacción.

Como es visto, existía un diálogo entre la Agencia y los consumidores, sin embargo, este dialogo no era horizontal. Aunque dentro del grupo se valorizaban las experticias de cada quien, cuando las propuestas se pasaban al Director Ejecutivo ya no había esa horizontalidad. Se podía continuar el diálogo pero el grupo aprendió quien tomaba la decisión final era la Agencia.

Esta diferencia de poder también se sintió a otros niveles. Una vez Ellen quiso entrar a dejarme unas encuestas en mi oficina y una empleada no la dejó pasar ya que los consumidores no pueden pasar solos para la parte trasera de la oficina. Ellen se molestó y la empleada comentó lo ocurrido al Director Ejecutivo y a mí. El Director Ejecutivo eliminar el grupo si eso volvía a pasar. Luego, me acerqué a Ellen para oír su versión de la historia y confirmó que quiso entrar pero que no la dejaron y que la empleada la trató groseramente. Le expliqué las razones por las cuales no podía pasar y que para la próxima vez le dijera a las recepcionistas que me avisaran para ir a verla. Esta anécdota refleja que aunque en el grupo traté de crear un ambiente de dialogo horizontal entre los consumidores y yo, como representante de la Agencia, la Agencia tenía una organización que prevenía esa horizontalidad entre los dos.

participante, Ellen, “como una crisis, donde no hay dolor ni nada. Como si algo te dominara y no tienes razonamiento....Estas conciente de eso...es como una crisis...son en esos momentos que las voces me empiezan a decir que me mate pero como ahora puedo sentir cuando está por comenzar, busco ayuda antes que se ponga peor.” (Dic 11, 2007).

Uno se puede imaginar cómo esta persona se debe sentir cuando, en su plan de recuperación, una de las metas que debe incluir es “trabajo con mi enfermedad mental”. Esto puede explicar por qué Ellen se molestaba tanto con las recepcionistas cuando le pedían que firmara su nombre al entrar y le preguntaban a quién venía a ver. Ella decía “me tratan como una loca...ellas deben aprender a diferenciar” (Oct.4, 2007). Ella se sentía ofendida porque no se consideraba enferma mental y era tratada como tal.

John un consumidor que participó en el boletín durante el mes de recuperación, escribió un artículo titulado “Delusion” (Ideas delirantes). En él escribe lo doloroso que es cuando una persona en Green Door describe las cosas que él dice o sus creencias como un delirio. Nuevamente, se ve cómo el lenguaje psiquiátrico por buscar la “certeza” pierde la complejidad de las creencias de este consumidor, cómo afectan su vida, y cómo se siente descalificado en el proceso.

Esto invita a la discusión de cómo el CSW, entrenado con un modelo médico, puede colaborar para apoyar al consumidor en el manejo de su manera de percibir el mundo. Cuando se preguntó a los participantes acerca de la rehabilitación, ellos hablaron de que se estaban

rehabilitando de “drogas”, de “mi situación”, de “mi diagnóstico” pero nunca dijeron de “mi enfermedad mental” o “mi salud mental”.

Sus respuestas se pueden analizar de diversas maneras. Una, es como eufemismos de “enfermedad mental” para negar o evitar autodefinirse con un concepto estigmatizado por la sociedad. También es posible que para ellos su rehabilitación no es de la “enfermedad mental” sino de lo que ellos viven como un “desbalance químico”, y todos los aspectos que conlleva en las distintas facetas de la vida que ellos denominan como “drogas”, “mi situación”, “mi diagnóstico”.

También puede ser que ellos usen el lenguaje de síntomas y de su diagnóstico como un acuerdo verbal, como propone Gergen et al. (1996). Un ejemplo de esto lo podemos ver en una conversación sostenida con Ellen. En uno de nuestros últimos encuentros logramos hablar de sus expectativas ante su mudanza a otro estado. Después de valorar su rol de líder en el grupo y su cooperación en los diversos proyectos, empezó a hablar de su esperanza de cómo le iba a ir en el nuevo estado, porque “...no importa a dónde vaya, la gente me está buscando. Puede que sea *mi paranoia pero es difícil para mí confiar en las personas, es difícil confiar con mi pasado*” (Mayo 30, 2008, mi énfasis). La reflexión de Ellen traspasa sus síntomas y su diagnóstico. Es su vivencia de lo que el modelo médico denomina “Esquizofrenia paranoia” pero que la terminología en sí no aporta para comprender la vivencia de la persona y más bien frena la conversación (Gergen et al., 1996).

### *Criticas de la Agencia*

El grupo también sirvió como un espacio para reflexionar sobre la condición de la Agencia. Aunque este proceso ocurrió durante toda la duración de las reuniones del grupo, al principio Beatrice, una consumidora que sólo fue las primeras semanas, hizo unos comentarios muy agudos. Aunque nunca explicitó porque decidió no venir más al grupo, creo que tuvo que ver con cómo el grupo no la dejó monopolizar las reuniones con sus temas y sugerencias, sus otros compromisos personales (e.g. Búsqueda de trabajo, etc.), y lo que me pareció como una tendencia a criticar y esperar que otros resolvieran por ella. Aun así, sus contribuciones fueron importantes ya que resaltaron elementos de poder en la relación entre los consumidores y Green Door. A continuación aparecen una serie de sus comentarios sobre cómo ella siente el trato de los empleados hacia los consumidores:

Ellos [Green Door] te enseñan a no dejar que tu enfermedad mental te defina pero esa es la única manera de cómo te definen. (Oct, 4, 2007).

Green Door dice que no estés avergonzado de tu enfermedad mental, pero ellos nos hacen sentir avergonzados cuando nos tratan como si sólo fuéramos una persona con una enfermedad mental. ( Oct. 4, 2007).

No entiendo por qué no podemos tener la lista de las extensiones de las personas que trabajan aquí. No es justo cómo nos hacen esperar en la sala de espera. Creo que piensan

que como tenemos una enfermedad mental, no tenemos una vida y eso no es justo. Estoy segura que si ellos estuvieran esperando en la sala de espera en el consultorio de su medico por el mismo tiempo se alterarían y si lo hacemos aquí llaman al 911 (Emergencia) o a la policía. (Oct. 4th, 2007).

Aunque la filosofía de Green Door es tratar a la persona y no a la enfermedad mental, a veces esto no ocurre, como lo sintió Beatrice. Esto puede ser por la inexperiencia de los nuevos CSWs y su temor o ansiedad cuando interactúan con una persona que acaban de conocer. O a veces, cuando a un consumidor le toca cambiar de CSW porque el anterior se fue y tiene que volver a compartir con el CSW lo que ya había compartido anteriormente. Este cambio frecuente de CSW, no da espacio para la creación de una relación donde el CSW y el consumidor se puedan conocer. Y como decía otro consumidor sobre este tema, la única manera que alguien te vea más allá de tu diagnóstico es que te conozcan (Michael, Oct. 4, 2007).

Desde el punto de vista de un CSW, una de las primeras cosas que busca cuando le asignan un nuevo caso es el diagnóstico. Esto puede corroborar la observación de Beatrice, ya que un CSW puede estar buscando síntomas que confirmen el diagnóstico y el asesoramiento que leyó sobre la persona, en vez de buscar conocerlo. En mi opinión, esto aplaca la ansiedad e incertidumbre de un trabajo en la periferia de lo terapéutico.

El trabajo del CSW es terapéutico en el sentido que busca rehabilitar al consumidor para caer en cuenta de sus acciones y movimientos en la vida diaria. Pero a la vez, el encuadre como tal, no permite la exploración profunda de aspectos emocionales, sino busca intervenciones que

Aunque se le explicó las razones por las puertas con llave (e.g seguridad, protección de la información personal de los consumidores) se puede comprender su percepción. De hecho, la llave electrónica que usan los empleados para entrar se llaman “wand”, que se traduce como “varita”. Éste nombre es llamativo ya que fácilmente se puede asociar con una varita “mágica”, que unos tienen y reciben ciertos privilegios y otros no. La nomenclatura resalta la diferencia de poder que Beatrice reconoció.

Además, yo he sido testigo de las reacciones de los empleados de Green Door que a veces no quieren ver a cierta persona o se quedan distraídos hablando con alguien mientras el consumidor espera afuera. Es interesante ver cómo un objeto con un propósito puede tomar un significado opresivo para otras personas. Este abismo, que separa la percepción de los empleados y de una consumidora, se puede disminuir con la comunicación.

Los comentarios agudos sobre la Agencia resaltaron aspectos que ellos sentían que tenían que mejorar, y a la vez destacó la falta de información que algunos de ellos tenían sobre procesos de la Agencia. Lo que sentí ante los comentarios de Beatrice fue que ella tenía razón. Es muy fácil comprender cómo se puede percibir una puerta cerrada. Existe un misterio de lo que puede estar ocurriendo detrás de la puerta. Sin embargo, cuando yo pregunté si haría una diferencia saber el por qué de las decisiones, Beatrice respondió “Sí, si no se siente como si nos están engañando” (Oct 4, 2007). Nuevamente, resaltando la importancia de la comunicación entre la Agencia y los consumidores.

### *¿De quién es la comunidad?*

Una pregunta que me hacía a menudo era “¿De quién es la comunidad de Green Door?” y “¿cuál es mi rol dentro de ella?”. Yo empecé el trabajo con la suposición que Green Door formaba parte de la comunidad de los consumidores. Esto lo basaba en mis observaciones y experiencias como CSW y Director de Mejoramiento de Calidad. Frecuentemente, veía las mismas personas sentadas en la sala de espera pasando el tiempo. Veía el afecto con que saludaban a otros consumidores y a ciertos empleados. Escuchaba comentarios de lo agradecido que estaban con Green Door por toda la ayuda que le prestaban y cómo sentían que era un elemento importante para mantenerse estable en la comunidad. Incluso, en una reunión, les pregunté a los participantes si sentían que Green Door era parte de su comunidad y si se sentían parte de ella. Ellen y John respondieron “Sí”, John agregó con énfasis “Me siento parte de ella [la comunidad de Green Door]” y Ellen completó diciendo, “Es hogar” y puso su mano sobre el brazo de John con un gesto que yo interpreté como de compañerismo (Oct. 1, 2007).

Sin embargo, a medida que pasaban las semanas en el grupo y reflexionaba sobre mi rol en él y la Agencia, empecé a darme cuenta que Green Door también era mi comunidad. Yo no era un agente externo, yo era un agente interno; además, con cierto nivel de poder. Mi rol y mi interacción con la comunidad de Green Door eran distintos a la de los consumidores, pero seguía siendo mi comunidad. Tenía un alto nivel de compromiso con la Agencia porque me gustaba el trabajo y porque, al recibir un salario se exigía un nivel de compromiso profesional. Aún así, mi compromiso hacia los proyectos como los descritos iba más allá del compromiso profesional. Incluso, a veces la Agencia no apoyaba plenamente mis iniciativas.

En el primer ejemplo, uno de los consumidores estaba hablando que una opción para celebrar el mes de la recuperación era ir a un partido de béisbol. La idea era buscar un patrocinante que pagara 30 entradas para aquellos consumidores que querían ir. El sugería que para el negocio sería buena una publicidad y que incluso podían ponerse unas camisetas diciendo que ellos estaban en recuperación de las drogas y enfermedad mental. Ante esto, cuestioné si estarían cómodos con una camiseta que los identificara de tal manera, y su respuesta fue “Y ¿por qué no?” y no supe responderles. Esta situación me reflejó mis propias asunciones y prejuicios. Yo había asumido que los consumidores iban a querer proteger su diagnóstico de enfermedad mental y/o drogas.

Otro ejemplo de cómo, en mis interacciones con los consumidores, vi mi propio prejuicio fue con Ellen, la única participante que estuvo en el grupo desde el principio. Ellen, a diferencia de mí, sentía que la agencia había mejorado desde que empezamos el grupo. Mi postura era que su percepción había cambiado. Su valoración se puede entender de distintas maneras. Una, es que yo no percibía los cambios a los que ella se refería porque no los había comprobado. Otra, que no valorizaba los cambios que habíamos iniciado en la Agencia. Sin embargo, para mí era fácil atribuirle el cambio de su percepción a su enfermedad mental. Sentí que al haber creado una relación de confianza conmigo, ella le transfirió su valoración positiva al resto de la Agencia. Los cambios a los que ella se refería eran que las recepcionistas y empleados la estaban tratando mejor. Sintió que lo que habíamos hecho en el grupo había afectado a los empleados. Lo extraño es que ningún empleado vio las guías que creamos en el grupo.

Estas experiencias y reflexiones me forzaron a confrontar cómo había internalizado el estigma social contra la enfermedad mental. Aunque concientemente, para mí, tener una enfermedad mental no era causa de vergüenza, desestimación, o lástima, mis acciones en las anécdotas previas demostraron que parte de mí continuaba reforzando el estigma social contra la enfermedad mental. Esta internalización del estigma social fue lo que un consumidor me compartió que era la peor consecuencia del estigma. Porque ya no es alguien afuera diciéndole al consumidor qué no puede o debe hacer, sino más bien es el mismo consumidor limitando sus acciones y ambiciones en base a lo que la sociedad dice de la enfermedad mental.

## Capítulo V - Conclusiones, críticas, y limitaciones

La intervención clínico comunitaria creó espacios donde los consumidores pudieron expresar su voz e impactar en los servicios de la Agencia a través del proceso de mejoramiento de calidad. Por una parte resulta claro que los consumidores lograron expresar su voz, como se pudo comprobar con la participación y los resultados positivos de la exhibición de arte, el boletín QI Newsletter y los grupos de consumidores.

Por otra parte el grupo de consumidores, creado para que impactaran el proceso de transformación a través del mejoramiento de calidad de Green Door, Consumer Participation Forum, no cumplió con todos los objetivos deseados. Se logró brindar un espacio de diálogo entre los consumidores y la Agencia. Como lo expresó un consumidor: “Tu brindabas un espacio para que aquellos que querían discutir esos temas pudieran hacerlo.” (Daniel, Junio 25, 2008). Sin embargo, este diálogo no fue horizontal ya que existe una estructura jerárquica en la Agencia que dificulta la incorporación de la opinión directa de los consumidores. Vale destacar, que la Agencia debe tomar decisiones tomando en cuenta lo que le conviene a todos sus consumidores, y por lo tanto, debe ser cautelosa al incorporar propuestas de tres o cuatro de sus 1000 consumidores. Estos hechos, en conjunto con la falta de seguimiento de los consumidores, contribuyó a que sus comentarios y propuestas no provocaran cambios estructurales.

Otro aspecto que influyó en los resultados de la intervención, fue mi manera de interactuar en las reuniones. A pesar que en ocasiones intenté recordarles los temas que ellos

## Bibliografía

- Beisecker, A.E., & Beisecker, T.D., (1993). Using metaphors to characterize doctor-patient relationships: Paternalism versus consumerism. *Health Communications*, vol. 5, 41-58.
- Boyers, R., & Orril, R., (Eds). (1971). *Laing and Anti-psychiatry*. Middlesex, England: Penguin Books Ltd.
- Campbell, J. (1998). Consumerism, Outcomes and Satisfaction: A review of the literature. PIE article. Recuperado Mayo 23, 2007 de University of Missouri -Missouri Institute for Mental Health: <http://mimh200.mimh.edu/PieDb/00014.htm>
- Chowanec, G.D., Nuenaber, D.N., & Krajl, M.M (1994). Customer driven mental healthcare and the role of the mental health consultant. *Consulting Psychology Journal*, vol. 46, 47-54.
- Crewell, John W (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among five traditions*. Thousands Oaks, California: Sage Publications.
- DC Official Code §7-1131.02 (24) (2008)
- Dixon et al., vs Anthony Williams. No. 74-285. US District Court el 12 de Diciembre del 2003.
- Recuperado Agosto 20, 2008 de <http://dmh.dc.gov/dmh/cwp/view,a,3,q,639313.asp>
- Jones, D (2001) Final Court Ordered Plan: Dixon, et al. v Williams C.A. No. 74-285.
- Recuperado Agosto 15, 2008 de <http://dmh.dc.gov/dmh/cwp/view,a,3,q,639313.asp>
- Gaventa, J & Cornwall, A (2001). Power and knowledge. En P. Reason and H. Bradbury (Eds). (2001). *Handbook of action research: participative inquiry and practice*. London: Sage Publications.
- Gergen, K., Hoffman, L., & Anderson, H., (1996) Is Diagnosis a Disaster? A constructionist dialogue. Recuperado Junio 4, 2008 de Swarthmore University: <http://www.swarthmore.edu/SocSci/kgergen1/web/page.phtml?id=manu5&st=manuscripts&hf=1>
- “Green Door Welcome” (s.f). Recuperado Noviembre 24, 2007 de <http://www.greendoor.org>
- Green Door, 2008, publicación interna.

- “Historic Medical Sites in the Washington DC Area” (2006). Recuperado Marzo 8, 2008 de <http://www.nlm.nih.gov/hmd/medtour/elizabeths.html>
- Kaufman, C., & Campbell, J. (1994) Voice in the mental health consumer movement: An examination of services research by and for consumers. Recuperado Mayo 17, 2007 de University of Missouri - Missouri Institute for Mental Health: <http://mimh200.mimh.edu/PieDb/00105.htm>
- Laing, R.D. (1967) The politics of experience., New York: Pantheon Books.
- Márquez Lara, A (2004) Substrato de la psicología clínica comunitaria. Manuscrito sin publicar.
- Mental Health Rehabilitative Services Provider Certification Standards, Volume 52, Issue 24 (2005) DMH , Title 22, Chapter 34. Recuperado Mayo 10, 2008 de <http://www.dmh.dc.gov/dmh/cwp/view,a,3,q,621386.asp>
- Montero, M. (1991). Concientización, conversión y desideologización en el trabajo psicosocial comunitario. *AVEPSO*, Vol. XIV, N°1.
- Montero, M. (2002, Noviembre) *Psicología clínica comunitaria: la interacción entre comunidad y salud*. Trabajo presentado en la conferencia magistral dictada en el III congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud. Caracas, Venezuela.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria: desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós.
- Montero, M. (2006). *Hacer para transformar: el método en la psicología comunitaria*. Tramas sociales, 35. Buenos Aires: Paidós.
- Moustakas, C.E. (1994). *Phenomenological research methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Pinel, P. (1806). *A treatise on insanity, in which are contained the principles of a new and more practical nosology of maniacal disorders than has yet been offered to the public*. Sheffield: Printed by W. Todd for Cadell and Davies. Recuperado Junio 15, 2008 de <http://books.google.com/books>

- Perez de Antelo, (2003) El eslabón perdido: una posible psicología clínica comunitaria. *Revista Venezolana de Psicología Clínica Comunitaria*, vol. 3, 179-211.
- Real Academia Española (22.<sup>a</sup> edición). Recuperado Abril 13, 2008 de [http:// www.rae.es.com](http://www.rae.es.com)
- Rissmiller, D.J., & Rissmiller, J.H., (2006). Evolution of the antipsychiatry movement into mental health consumerism. *Psychiatric services*, vol. 57, 863-866.
- Sampson, Edward E. (1993) Identity Politics: Challenges to Psychology's understanding. *American Psychologist*, vol. 48, 1219-1230.
- Sedgwick, Peter (1982) *Psycho Politics*. New York: Harper & Row Publisher.
- "Theseus" (s.f.) Recuperado Agosto, 3, 2008 de <http://www.mythweb.com/encyc/entries/theseus.html>
- The Philadelphia Association (2007) Home – Psychoteraphy, philosophy and community. Recuperado Febrero 28, 2008 de <http://www.philadelphia-association.co.uk>
- Unzicker, Rae (1984) *To be a mental health patient*. Recuperado Julio 12, 2008 de [http://www.narpa.org/to\\_be\\_a\\_Mental\\_Patient.htm](http://www.narpa.org/to_be_a_Mental_Patient.htm)
- Wykes, T., (2003) Blue skies in the Journal of Mental Health? Consumers in research. *Journal of Mental Health*, vol., 12, 1-6.

## ANEXO A

Crterios de salida de la demanda de Dixon et al. v.  
Williams C.A. No. 74-285

# How could Green Door be a better agency?

Come share your opinions and expertise

October 1<sup>st</sup> or October 1<sup>st</sup>.

Participate in a dialogue between consumers and Green Door staff to explore:

- What areas could be better at Green Door?
- How is Green Door deciding what areas to improve?
- What areas are important to evaluate when looking to improve services at Green Door?

Green Door needs *your* voices, *your* inputs, *your* opinions and expertise, to ensure that we provide quality services and continue to improve them.

Take a "save the date" reminder and come participate.  
Refreshments will be provided.

Contact person: Andres Marquez-Lara, Quality Improvement Director

Save the date: October 1<sup>st</sup> 2010  
Green Door, Conference Room 1  
10:30am-12:00pm

Save the date: October 1<sup>st</sup> 2010  
Green Door, Conference Room 1  
10:30am-12:00pm

Save the date: October 1<sup>st</sup> 2010  
Green Door, Conference Room 1  
10:30am-12:00pm

Save the date: October 1<sup>st</sup> 2010  
Green Door, Conference Room 1  
10:30am-12:00pm

Save the date: October 1<sup>st</sup> 2010  
Green Door, Conference Room 1  
10:30am-12:00pm

Save the date: October 1<sup>st</sup> 2010  
Green Door, Conference Room 1  
10:30am-12:00pm

Save the date: October 1<sup>st</sup> and 10<sup>th</sup>  
Green Door, Conference Room 1  
10:30am-12:00pm

Save the date: October 1<sup>st</sup> and 10<sup>th</sup>  
Green Door, Conference Room 1  
10:30am-12:00pm

Save the date: October 1<sup>st</sup> and 10<sup>th</sup>  
Green Door, Conference Room 1  
10:30am-12:00pm

Save the date: October 1<sup>st</sup> and 10<sup>th</sup>  
Green Door, Conference Room 1  
10:30am-12:00pm



## ANEXO C

Propaganda para exhibición de arte durante  
“Recovery Month” de SAHMSA

## RECOVERY....

### WHAT DOES IT MEAN TO YOU?

*If you have a...*

- *Painting*
- *Drawing*
- *Sketch*
- *Poem*
- *Etc.*



*.....that expresses what recovery from mental illness and/or substance abuse means to you, and you would like to share them with others, we would love for you to join us in celebrating National Alcohol and Drug Addiction Recovery Month (Recovery Month) September, 2007.*

*If you are interested or have any questions please talk to your Community Support Worker (CSW) by August 28<sup>th</sup>, 2007.*

## ANEXO D

Boletín “QI Newsletter”

# Green Door Quality

*A quarterly newsletter*

Green Door Core Service Agency, 1221 Taylor St NW, Washington D.C. 20011

## Inside this issue:

Souls, goals and inspiration 2

My Heroes 3

How my recovery literally takes place 4-5

My beginning of my end 5

Delusional 6

Tools for recovery 6  
By Andres Marquez-Lara

Judith Johnson, CEO

Michael Clancy, Deputy Director

Sharon Miller, Clinical Director

David Shapiro, Recruitment and Training Coordinator

Andrew Carpenter, Clinical Manager

Pam Marks, Clinical Manager

Corrie Berry, Clinical Manager

Diane Morwell, Clinical Manager

Jandra Miller, Clinical Manager

Carla Swanson, Clinical Manager

Tim Fackelmeier, Clinical Manager

Andres Marquez-Lara, QI Director

Carie Appleby, CFO

Janet Hellogg, Controller

## Welcome to Green Door Quality National Recovery Month Special Edition

The purpose of the special edition of this newsletter is to celebrate National Alcohol and Drug Addiction Recovery Month (Recovery Month) September 2007. In this issue you will find articles by consumers and Green Door staff relating to recovery from mental illness and/or substance abuse.

To celebrate recovery is to celebrate to be human. Human is to look deep within to face our own contradictions and ambivalences and contemplate them as we would sacred, ancient treasure. Recovery is the process of feeling out these human contradictions until we can find our unique and personal balance within us that will let us coexist with the tensions and storms so as not to be overwhelmed by them on a regular basis.

So how can Green Door help ensure the quality of that very personal recovery process? How can this agency, continue to help in that very personal process that impacts individuals, families, communities and society as a whole?

The answer is: Through you, the consumers and staff. You hold the necessary and essential information to help guide the agency in continuing and improving the services that Green Door provides. Be an active participant in the quality improvement process. Don't wait for someone else to take action. You can do it! Here are some small actions that may have a big impact:

- Use the suggestion box by the front desk (consumer) or the kitchen area (staff).
- Participate in the group for Green Door consumers at Taylor St on October 1st and October 4th to explore "How could Green Door be a better agency".

If you have comments about what you read, please contact or email Andres Marquez-Lara, QI Director



## Souls, Goals, and Inspiration

Who has inspired you? What is the source of your soul? Is there symmetry between the components of your lifestyle and the goals you have set for yourself? These three fundamental questions may or may not leave an individual perplexed and searching for clues and answers.

As I continue to embark on the exciting, continuous journey of recovery, I have discovered that souls, goals, and inspiration are all indispensable items to carry along with me.

As I have shared in previous newsletters, I have been living with a bipolar diagnosis for almost 30 years. My previous treatment was exclusively centered around medication and clinical follow-up. My whole sense of wellness and recovery was distorted by the superficiality that is associated with stability and stagnation. It took a major setback several years ago for me to be exposed to a holistic approach.

In the year 2000, I began to receive comprehensive treatment from a very reputable mental health organization. This organization was and still is my primary provider of wellness, recovery, liberation, and empowerment. My initial exposure to the mental health system was not consumer-driven and recovery-centered; I seemed to an afterthought in the web of physicians, nurses and case workers. The mental health organization that I'm currently affiliated with encouraged to learn new life skills, supported me both emotionally and clinically in a dignified, respectful, manner, helped me expedite life goals that transcended the medicinal and the clinical, and inspired me to exceed the limitations that I periodically placed on myself. My soul, once captive, became a receptive vessel when I was well enough to receive a higher power. My goals, once disjointed and inconsistent, became coherent and attainable once I received and accepted advice that was wellness centered. My inspiration to instruct other consumers has come from a wide variety of special people too numerous to include within the confines of these pages.



"The Koi"

*As I continue to embark on the exciting, continuous journey of recovery, I have discovered that souls, goals, and inspiration are all indispensable items to carry along with me*

## My Heroes

What is it like to be with someone in the process of recovering from a mental illness? I could write volumes. Like many community support staff at Green Door, I work with a particular population of consumers, and in my case, they are those who have been committed to the District's Mental Hospital, St Elizabeths. I feel fortunate in that regard for a number of reasons.

First, I have learned that a "diagnosis" or "mental illness" says very little about the person with whom I am working. As we build a helping relationship and develop goals for recovery, I am constantly humbled by the strength and optimism of our consumers. Second, I have become grateful for all of "the little things" I have taken for granted: opening my door and taking a walk when I want, having a place of my own that is quiet and safe, having an income, having a key to my front door—the list goes on.

One of favorite recovery experiences is meeting with a consumer who finally asks, "When are you coming back?" Gradually we develop our own discharge plan: where we would like to go, what type of work would we like to do and where we want to live. And as we develop more detailed plans, we begin to talk about ambitions and dreams. At this point I usually say to myself: "What an amazing person this is, to carry hope this far, and under these conditions." Then the adventure begins in earnest.

We apply for and receive benefits, a job perhaps, and a place to stay where a person is not locked in and cannot be isolated or restrained—physically or chemically. A safer place. With each person I help leave the hospital, I grow and learn. I've learned mostly that I am often inadequate in many ways for the work I do, but I am glad that I have my consumers to support me and carry me and allow me to feel important in their lives. To me, being with consumers on the journey to recovery is a lesson in courage—a gift.

*With each  
person I help  
leave the  
hospital, I grow  
and learn.*



## How my recovery literally takes place

About a week ago I was asked by Andres to explain how my psychological recovery actually took place. I have been doing well making actual growth steps since last January 2007 when I was hospitalized for the whole month. There are a few things I have been conscientiously doing to help making this occur.

*Groups provide a strong sense for me that I am not alone and other people share common problems and we turn out very similar stories filled with a mixture of highs and lows, joys and sorrows. Loneliness for the lonely can be shared*

Number one, I make a point of seeing my medication psychiatrist, Dr. Ault, and taking all my prescribed psychotropic medications. I also stay away from all narcotics and drugs and any liquors including beer. If asked if I want any of this stuff I just say "No!" or "No, thank you" and I stay out of gay bars.

The next thing I do is make a point of keeping my schedule both at the Green Door Program and for my kidney dialysis treatment. I also have a psychotherapist that I see every Thursday at 3:00pm and we discuss basic problems I have, including my difficulties with dealing with my audio hallucinations (my voices). My voices are a big hurdle for me and regularly drive me nuts but Dr. Carroll [therapist] and I, sort through the problems of the previous week and slowly I am getting better at dealing with my voices and some of my other problems. I have troubles socializing and being accepted by others.

Getting back to keeping my schedule at the Green Door. I have a very good case services worker, Ms. Betty Brown-Bugg. Betty and I have known each other now for three, 3, years and we are close and fond of each other and work well together. She is a very good critic and lets me know when I have done well or not so well. Most of all I trust Ms. Brown-Bugg and love her. She helps me like none other  
(Continued on next page)



(Continued from previous page) A couple of months ago, Ms. Brown-Bugg thought it would be a good idea to switch me from doing a mental health workbook on coping with my disease to participating in groups basically run by Linda McCullough. Soon I had spent time realizing my way through Anger Management, Interpersonal Effectiveness, Spirituality, Money Management, and Gay and Lesbian Groups. Two of these I completed with a certificate but what was important was that I was readily knowing and participating and dealing with others who had some similar problems. Groups provide a strong sense for me that I am not alone and other people share common problems and we turn out very similar stories filled with a mixture of highs and lows, joys and sorrows. Loneliness for the lonely can be shared.

Anyhow, I will get off my soap box. These are a few of the things that have guided me in my recovery but there is still one more. That is my art. I draw. I reveal myself to myself and delight in drawing pictures. Enjoy seeing some as I participate in the art show.

Take care everybody and welcome to the Green Door Program a chance to get well!!!

Amen.

Love,

David Baldini

### My beginning of my end

My recovery process has been a change for the better. Having to be able to help myself with the help of others make me feel better about living. Living drug free my life has been less complicated. I want more for myself. Drugs gave me somewhere to hide and not deal with my fears.

I know this process is one day at a time and I will want to use. Just as long as I use my support and not dwell on the past. Using wouldn't have to be a part of my process; staying clean will be.



"A prayer for Reg and peace"

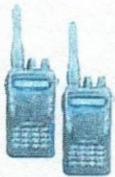


## Delusional by Janair Williams

I have been asked to [write about] how I feel about being treated at Green Door. Sadly, I have been called delusional, and this is not a thing I like. I feel my doctor has been helping me, but she is not the one who called me this. I believe, she believes the medication is helping me, and in a way it might be, but I believe that I have not been given enough time to judge the medications, maybe if they ask me in a year, I will have a better answer for them. But the groups, now these are a great help. Sometimes you must go through them two or three time, but that is a gimme. If you make it once, that is spectacular, such as the one I am in now. Meds are alright but sometimes you need interaction of the people you are dealing with in a safe and caring place.. Green Door does this. So? I say chill to this paper I am writing, for I am not ready to give a High Star to the PhD's here, but I will give atta boys! They are worth their weight in gold from the lowest CSW to the Administrator, for putting up with us. I know after this class, I will be trying to find employment, for they have no more classes for me, and \$257.00 a month just is not making it....So with that, I bid whoever reads this adieu.

## Questions and exercises that may be useful in one's path to recovery by Andres Marquez-Lara:

### Social support:



Put your name in the middle of a blank piece of paper. Write the names of the people that are in your social circle around your name. Then, label a (+) next to the name if they are a positive influence in your life and make you feel good most of the time. Label a (-) next to the name of those who have a negative impact in your life and do not make you feel good most of the time. Is your social circle filled with (+), a mix of (+) and (-), or mostly (-)? What are you doing to surround yourself with a nourishing environment?



### Psychiatric Advance Directives (PAD):

Do you know what a PAD is? In a nutshell, it is a legal document that tells health professionals how you would like to be treated in case of a psychiatric crisis.

Come learn more about PADs Thursday, September 27th and Friday, October 19th from 10-11am. A workshop done by Green Door and University Legal Services



### Hobbies:

List 10 things you like to do. Put an "A" next to the ones that you can do alone. Then, put "\$" next to the activities that costs money. What pattern do you notice? What activities do you enjoy doing? When was the last time you did any of these activities? Try to find a variety of activities that you enjoy: Some that you can do alone, some that you can do with others, some that are free and some that cost money (you'll have no problem finding this last type of activity).

### Medication:

An integral piece of coexisting with a mental illness. Do you know what medications you take? Do you know what they are for? Do you feel comfortable asking questions to your psychiatrist about your medication? What is your psychiatrists name?



### Knowing you are not alone:

1 in 4 Americans suffer from a mental illness. 1 in 17 suffer from a serious, persistent mental illness (NIMH). These numbers are faceless and may not mean much, however, look in Green Door and other resources in your community for support groups to meet people with similar past and present life experiences. Remember, you are not alone, you are human and there are another 6 billion humans also trying to make sense of this world!



## ANEXO E

Lista de necesidades sentidas que surgió de reuniones entre el 4 y el 9 de Octubre, 2007

## Temas para hablar de las reuniones del 1, 4 y 9 de Octubre, 2007

1. Un grupo de arte o escritura creativa.
2. Proveer una merienda (para el grupo y para la agencia).
3. CSWs y los recepcionistas necesitan mejorar sus habilidades interpersonales con los consumidores.
  1. Los CSWs actúan con una actitud de superioridad hacia los consumidores.
4. Las diferencias entre tener una enfermedad mental y ser tratado como si estas enfermo mentalmente; estigma.
  1. Cuando un consumidor reacciona en la sala de esperar por esperar mucho tiempo llaman a la policía o a la emergencia.
5. Consumidores que interrumpen los grupos psicoeducativos.
6. Cambio frecuente de CSW (turnover)
7. La puntualidad de los CSW
8. Cómo los empleados pueden hablar sobre la enfermedad mental sin hablar peyorativamente hacia las personas.
9. Recomendaron que la transición entre CSW debe mejorar (una fiesta para agradecerle y para todos los consumidores).
10. No todos los consumidores estamos en el mismo estado mental ("mental page").
11. Necesitamos que nos hablen con respeto, como seres humanos.
12. Doble Standard (Doble Mensaje) de Green Door.
  1. Beatrice: "Te enseñan aquí no dejar que tu enfermedad mental te defina pero esa es la única manera como te definen.
  2. Inconsistencias entre los CSWs (i.e. Algunos prestan plata y otros no, algunos dan sus números personales otros no).
13. El procedimiento para criticar o quejarse no son claros.
14. El poder cerrar las puertas deja que los CSW se escondan de una.
  1. La importancia de saber el "por qué" de las decisiones.
  2. "Green Door dice que no debes avergonzarte por tu enfermedad mental pero nos hacen sentir vergüenza porque nos tratan como alguien que solo esta enfermo mentalmente. "Green Door says don't be ashamed of your mental illness but they are making us feel ashamed because they are treating us just as someone who is mentally ill" (Beatrice).



- Get to know the consumers you work with. Ask them questions before making assumptions.
- Be mindful and respectful of consumers privacy, specially in public areas. It is their right to have Green Door staff protect their privacy.
- Schedule appointments with consumer to do a treatment plan at least one week in advance.
- Be mindful of consumers personal life, they too have a life outside Green Door. Therefore, meet with consumer at a mutually agreed time and on a regular basis. That way you won't have to worry about making calls just to meet your hours at the end of the month.
- Try to have an "I want to help you" attitude with the consumers.

- Be patient with consumers and their timing. Reserve ample time for consumers to do monthly progress note and IRPs, that way they do not feel rushed or pressured.
- Empower consumers to make decisions for themselves. In the case of a psychiatric emergency try to explain to consumer the rationale for psychiatrist or emergency staff's decisions.
- If the consumer does not want to go to the hospital, inform them that the EMT will make that decision. If consumer is going to the hospital, encourage consumer to tell EMT what hospital s/he would like to go.
- If you are going through a tough time feel free to talk to another staff (i.e. team leader) and also let consumer's know if you need to re-schedule for personal reasons. This is for both the consumer's and CSW's well-being.
- Be mindful of your attire because you may be sending the wrong message.

