

PRINCIPALES PLANTEAMIENTOS ASOCIADOS A LA DISCAPACIDAD DESDE SALUD MENTAL

1.- Inclusión de personas con diagnóstico de salud mental dentro del concepto de discapacidad permanente o transitoria: trastornos del espectro psicótico (asociados a la esquizofrenia), trastorno bipolar, trastorno de personalidad, trastornos del espectro autista (asociados al autismo y Síndrome de Asperguer) y generalizados del desarrollo, entre otros. Considero y lo he visto en mi práctica en salud mental y con agrupaciones de salud mental que este segmento de la población queda relegado y excluido de la visión de discapacidad y de las prestaciones que se dan en rehabilitación por parte de Senadis, siendo que la misma ley establece que es uno de los sectores más vulnerables, especialmente las mujeres, si incluimos el enfoque de género en discapacidad. Incluso el instrumento de medición estandarizado de la discapacidad en Chile, IVADEC, no incluye medidas asociadas a temáticas de salud mental que limitan la participación social y las actividades de la vida diaria. No todas las personas con estos diagnósticos generan discapacidad aunque tienen una fuerte vulnerabilidad y posibilidad de que su forma de enfrentar el malestar se cronifique, por lo mismo, abogo por un enfoque de prevención de la discapacidad en esta población en alianza con las intervenciones desde salud.

2.- Generar una postura y apoyo efectivo en términos de salud mental en discapacidad. Múltiples estudios avalan lo fundamental que es la inclusión de la salud mental en la población con discapacidad de todo tipo, debido al malestar subjetivo y social que genera en la persona y la familia estar o haber ingresado con el tiempo o situaciones de la vida a la situación de discapacidad. La problemática se origina en la escasa colaboración que existe entre Senadis y las instancias en que se prestan servicios de salud mental, lo que desemboca en que Senadis no integra visión de salud mental en sus prácticas y Salud Mental no integra la visión de discapacidad en sus prácticas y atenciones, quedando ambas líneas de trabajo en deuda con la población que se atiende. Esto incluye considerar dentro de los recursos humanos para discapacidad áreas de las ciencias sociales como son la Psicología, Trabajo social, Terapia Ocupacional, Sociología y Antropología o hacer convenios de recursos humanos con los servicios de salud y sus programas de rehabilitación

3.- Actualización del concepto de “ayuda técnica” y su consecuente adaptación a las demandas y necesidades de las personas y familias con discapacidad psíquica e intelectual (que actualmente se engloba dentro del concepto de discapacidad mental). Prestaciones como los fármacos, tratamiento alternativos con estudios que certifican su utilidad (como son las flores de Bach), pictogramas, apoyos en lectoescritura, programas de estimulación cognitiva, programas de capacitación laboral adaptados (actualmente condensados en programa “Más capaz”), acompañamiento y modelaje, son algunas de las cuales deberían ser consideradas “ayudas técnicas”, ya que favorecen la reinserción y participación de las personas en situación de discapacidad psíquica e intelectual.

4.-Generar incentivos reales para la certificación de discapacidad, especialmente en personas con escasos recursos y en situación de discapacidad psíquica e intelectual. Considero, con varios colegas y agrupaciones de salud mental que una buena forma de generar un incentivo sería

combinar los sistemas evaluación y gestión de pensión asistencial por discapacidad con el sistema de evaluación y certificación de discapacidad. Que ambos sistemas corran por diferentes vías es extraño, pero además que favorece que la gente con menores recursos opte por el primer trámite y deje de lado el segundo porque no tiene beneficios tangibles ni útiles para ellos. Esto a su vez favorece que la población en situación de discapacidad con mayores recursos tienda a optar por la certificación de discapacidad y no la población con menores recursos que no observa ningún beneficio a esta certificación

5.- Adaptación del formato de postulación a los fondos concursables de Senadis, especialmente y de los otros fondos del Estado a los cuales el ciudadano organizado pudiera acceder, para que sea realmente inclusivo y permita la participación de agrupaciones de familiares y usuarios en situaciones de discapacidad mental, muchas de las cuales se les hace imposible postular por un lado, porque no existe una adaptación del lenguaje de los proyectos al lenguaje cotidiano y también porque los requisitos de postulación son imposibles para muchas agrupaciones: certificación de discapacidad (mismo problema mencionado en punto 4), copia de cuadernos financieros de la agrupación (muchas funcionan sin ellos, y sin fondos más que de los proyectos), inscripción por internet en organizaciones susceptibles de recibir fondos (muchos no tienen internet, ni acceso, no conocimiento del uso, ni interés en ello) y un sinfín de barreras que significan la postulación. Considero que se deberían generar caminos más inclusivos para la postulación, caminos que deben ser debatidos y conversados con los mismo postulantes a los proyectos.

6.- Apoyar el debate de una ley de Salud Mental que incluya (no que abarque) aspectos asociados a la atención a personas en situación de discapacidad de todo tipo, y acápite importantes asociados a la discapacidad psíquica e intelectual y los apoyos que compromete el Estado.