



Universidad de Valparaíso
Facultad de Derecho y Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social



“Estudio Descriptivo acerca de los Factores Socio-Familiares que influirían en la Adherencia al Tratamiento de los Pacientes del Hospital Diurno de Salud Mental Infanto-juvenil de Viña del Mar”

Seminario de Título para optar al Grado Académico de Licenciada en Trabajo Social y Título Profesional de Asistente Social



PROFESOR GUIA:

Sr. Dagoberto Salinas Avilés

EQUIPO SEMINARISTA:

Srta. Nataly Aguirre Pizarro

Srta. Patricia Castillo Contreras

Srta. Sonia Fuentes Inzunza



REF.: Informa evaluación y calificación seminario
de título alumnas que se indica.

VALPARAÍSO, 11 de diciembre del 2009.

SEÑOR DECANO:

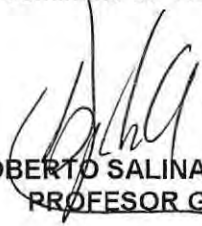
En cumplimiento de las disposiciones vigentes en la Universidad, en mi calidad de Profesor Guía, cumplo con informar a Ud. la evaluación practicada y calificación que he asignado al Seminario de Título denominado: "**ESTUDIO DESCRIPTIVO ACERCA DE LOS FACTORES SOCIO-FAMILIARES QUE INFLUIRÍAN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL DIURNO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE VIÑA DEL MAR**", cursado durante el año académico 2009 por las alumnas de la Escuela de Trabajo Social, Srtas. NATALY AGUIRRE PIZARRO, PATRICIA CASTILLO CONTRERAS y SONIA FUENTES INZUNZA.

El Seminario de Título, se constituye en un interesante esfuerzo por indagar acerca de la intervención en salud mental. Como tal, la investigación se ordena y estructura de forma lógica y coherente.

Desde una perspectiva metodológica, el estudio contextualiza adecuadamente, teórica e institucionalmente la problemática social. Del mismo modo, presenta un diseño correctamente fundamentado y explicitado, el cual es coherente con los propósitos de la investigación. En este plano, el estudio contempla la aplicación de cuestionarios y análisis de fichas clínicas, lo que permite acceder a evidencias relevantes para dar cuenta de los propósitos de la investigación. Lo anterior, permitió el establecimiento de conclusiones coherentes y sugerencias concretas y pertinentes a la intervención de la problemática social abordada.

En otro plano, es preciso señalar que la bibliografía es suficiente, actual y pertinente a la naturaleza del estudio. De igual modo, se considera que los anexos aportan antecedentes-complementarios a la comprensión del documento principal.

Con todo, atendiendo a los méritos señalados precedentemente en este informe, vengo en calificar el presente Seminario de Título, con nota **6,5** (seis coma cinco).


DAGOBERTO SALINAS AVILÉS
PROFESOR GUÍA

AL SEÑOR
ALBERTO BALBONTÍN RETAMALES
DECANO
FACULTAD DE DERECHO Y CS. SOCIALES
UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
PRESENTE
DSA/jpv.



UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL



REF.: Informa evaluación y calificación seminario
de título alumnas que se indica.

VALPARAÍSO, 14 de diciembre del 2009.


SEÑOR DECANO:

En cumplimiento de las disposiciones vigentes en la Universidad, en mi calidad de Profesor Informante, cumpla con informar a Ud. la evaluación practicada y calificación que he asignado al Seminario de Título denominado: **“ESTUDIO DESCRIPTIVO ACERCA DE LOS FACTORES SOCIO-FAMILIARES QUE INFLUIRÍAN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL DIURNO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE VIÑA DEL MAR”**, cursado durante año 2009 por las alumnas de la Escuela de Trabajo Social Srtas. NATALY AGUIRRE PIZARRO, PATRICIA CASTILLO CONTRERAS Y SONIA FUENTES INZUNZA, incluyendo la sistematización de dicho seminario en el respectivo informe final.

Para efectos de la calificación se ha evaluado:

- a) Importancia, originalidad y aporte del trabajo al campo profesional;
- b) Aspectos metodológicos;
- c) Amplitud y suficiencia del desarrollo del tema y de la Bibliografía utilizada;
- d) Régimen formal de citas;
- e) Carácter de la redacción y calidad del vocabulario técnico utilizado.

Por lo anteriormente expuesto vengo en calificar el presente Seminario de Título, con nota **6.5** (seis punto cinco).


LEONARDO ONETO PIAZZE
PROFESOR INFORMANTE

AL SEÑOR
ALBERTO BALBONTÍN RETAMALES
DECANO
FACULTAD DE DERECHO Y CS. SOCIALES
UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
PRESENTE
LOP/jpv.



INDICE GENERAL DE CONTENIDOS	PÁGINA
PRESENTACIÓN	8
I PARTE: MARCO DE REFERENCIA	10
Consideraciones preliminares	11
CAPÍTULO 1: DIMENSIÓN INSTITUCIONAL	12
1.1 Antecedentes generales de la Institución	12
1.1.2 Estructura Institucional	14
1.2 Objetivos de la Institución	15
1.3 Criterios de ingreso Hospitalización Diurna	16
1.3.1 Criterios de Exclusión	17
1.4 Sistema de Referencia	18
1.4.1 Sistema de Contra-referencia	18
1.5. Plan De Tratamiento Integral Por Paciente (Hospitalización Diurna)	19
CAPÍTULO 2: DIMENSIÓN TEORICA-CONCEPTUAL DE LA INVESTIGACIÓN	22
2.1 Aspectos Teóricos de la Investigación	22
2.2. Sistema y Política de Salud en Chile	23
2.2.1 Conceptualización de Salud Mental	24
2.2.2 Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría	26
2.3 Modelos de Intervención en Salud	27
2.3.1 Modelo de Intervención de Salud Mental en Chile	29
2.4. Epidemiología en Salud Mental Infanto-Juvenil	32
2.4.1 Salud Mental Infanto-Juvenil	33
2.4.2 Hospitales de Día como Dispositivos de Salud Mental y Psiquiatría	34
2.5. Trabajo Social en Salud Mental	39
2.5.1 Trabajo Social y su acción en Salud Mental desde la Intervención Socio-Familiar	40
2.6 Composición Familiar	41
2.7 La Familia como Sistema	43



2.7.1 Dinámica Familiar desde El Modelo Circumplejo de Olson, Rossel y Sprenkle	47
2.7.2 Etapas del Ciclo Familiar y Desarrollo Individual	65
2.7.3 Vínculo y Estilos de Crianza Familiar	69
2.7.4 Factores Protectores y de Riesgo en la Familia	71
2.8 Historia de Salud Mental y Estrés Familiar	78
2.9. Percepción del Tratamiento desde la Perspectiva Individual y Familiar	81
II PARTE: FUNDAMENTACIÓN Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	82
Consideraciones preliminares	83
CAPITULO 3: FUNDAMENTACIÓN Y PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN	84
3.1 Delimitación y Fundamentación Del Problema	84
3.2 Objetivos de la Investigación	90
3.3 Operacionalización de Variables	91
3.4 Hipótesis	93
CAPITULO 4: DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	94
4.1 Metodología de la Investigación	94
4.1.1 Tipos de Investigación	94
4.1.2 Unidad de Análisis	96
4.1.3 Técnicas e Instrumentos de Investigación	97
III PARTE: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	102
Consideraciones preliminares	103
CAPITULO 5: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS	104
5.1 Factores Socio-familiares	104
5.1.1 Contexto Socio-familiar	104
5.1.2 Factores Protectores y de Riesgo	132
5.1.3 Historia de Salud Mental Familiar	145
5.2 Adherencia al Tratamiento	150
5.2.2 Percepción Familiar del Tratamiento.	150
CAPITULO 6: SÍNTESIS	158
IV PARTE: CONCLUSIONES Y PROPUESTAS	166
Consideraciones preliminares	167
CAPITULO 7: CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN	168



7.1 Conclusiones Temáticas	168
7.2 Principales hallazgos de la Investigación	169
7.3 Aprendizajes adquiridos en el Seminario de Título	174
7.4 Aportes del Seminario de Título	175
CAPÍTULO 8: PROPUESTAS Y SUGERENCIAS	177
8.1 Dirigidas hacia los Pacientes	177
8.2 Dirigidas a las Familias	178
8.3 Sugerencias dirigidas al personal del Hospital	178
8.4 Sugerencias a nivel Administrativo: Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota	179
8.5 Sugerencias Metodológicas	180
8.5.1 Propuesta: Ficha Socio-familiar	181
CAPÍTULO 9: BIBLIOGRAFÍA	186
9.1 Fuentes Primarias	187
9.2 Fuentes Secundarias	187
9.2.1 Libros	187
9.2.2 Documentos y Revistas	189
9.2.3 Webgrafía	190
9.2.4 Seminarios de Título Revisados	190
CAPÍTULO 10: ANEXOS	193
10.1 "Cuestionario Familiar"	194
10.2 "Cuestionario a Pacientes"	201
10.3 "Antecedentes Socio-familiares"	204



ÍNDICE DE ESQUEMAS, CUADROS, TABLAS Y GRÁFICOS	PÁGINA
ORGANIGRAMA	
Organigrama 1.1: "Organigrama del Hospital Diurno de Salud Mental Infanto-juvenil de Viña del Mar desde el Hospital Dr. Gustavo Fricke"	13
FOTOGRAFÍAS	
Fotografía 1.1: "Profesionales del Hospital Diurno de Salud Mental Infanto-Juvenil"	21
Fotografía 1.2: "Pacientes del Hospital Diurno de Salud Mental Infanto-Juvenil"	21
ESQUEMAS	
Esquema 2.1: "Principales Aspectos Teóricos de la Investigación"	22
Esquema 4.1: "Fases de la Investigación"	95
Esquema 4.2: "Recursos utilizados para la recolección de datos"	97
CUADROS	
Cuadro 2.1: "Adaptabilidad Familiar (Olson, Sprenkle y Russel)".	57
Cuadro 2.2: "Cohesión Familiar (Olson, Sprenkle y Russel)".	59
Cuadro 3.1: "Variable: Factores Socio-familiares"	91
Cuadro 3.2: "Variable: Percepción individual y familiar del Tratamiento"	93
TABLAS	
Tabla 5.1: "Atención del Paciente frente a instrucciones de la familia"	108
Tabla 5.2: "Respuesta de la familia cuando el Paciente no responde o desobedece las normas"	109
Tabla 5.3: "Reacción del Paciente frente a una norma"	110
Tabla 5.4: "Actividades que los Pacientes desarrollan en el Hogar"	113
Tabla 5.5: "Estado de las relaciones entre los integrantes de la familia"	115
Tabla 5.6: "Nivel de atención cuando los integrantes de la familia se expresan"	116
Tabla 5.7: "Actividades que se comparten como familia"	118
Tabla 5.8: "Relación con la pareja"	119
Tabla 5.9: "Acuerdo con la pareja relacionado con la crianza de los hijos"	120
Tabla 5.10: "Claridad en relación a las normas por parte del Paciente"	121



Tabla 5.11: "Nivel de acuerdo familiar frente a las normas y educación de los hijos"	122
Tabla 5.12: "Relación de los familiares con el Paciente"	123
Tabla 5.13: "Apoyo hacia el familiar"	123
Tabla 5.14: "Temas que se conversan a nivel familiar"	124
Tabla 5.15: "Formas en que los Pacientes expresan sus sentimientos"	125
Tabla 5.16: "Forma en que los Padres se relacionan con los hijos"	127
Tabla 5.17: "Disciplina familiar"	129
Tabla 5.18: "Normas y límites familiares"	130
Tabla 5.19: "Advertencias y respeto de las normas"	131
Tabla 5.20: "Forma de enfrentar los problemas a nivel familiar"	132
Tabla 5.21: "Ingresos Familiares"	140
Tabla 5.22: "Redes formales con las que se vincula la familia"	144
Tabla 5.23: "Historia de Salud Mental Familiar"	147
Tabla 5.24: "Percepción de los Pacientes respecto a los Funcionarios del Hospital Diurno"	155
Tabla 5.25: "Percepción de los Pacientes respecto a los Profesionales del Hospital Diurno"	156
GRÁFICOS	
Gráfico 5.1: "Composición familiar"	105
Gráfico 5.2: "Encargado del cuidado personal del Paciente"	106
Gráfico 5.3: "Dinámica familiar desde la adaptabilidad"	107
Gráfico 5.4: "Distribución de roles familiares"	112
Gráfico 5.5: "Dinámica familiar desde la cohesión"	114
Gráfico 5.6: "Estado de ánimo del Paciente"	133
Gráfico 5.7: "Relación del Paciente con otras personas"	135
Gráfico 5.8: "Resolución de problemas y conflictos por parte del Paciente"	136
Gráfico 5.9: "Personas con las que principalmente comparte el Paciente"	138
Gráfico 5.10: "Escolaridad de los miembros encargados del Paciente"	142
Gráfico 5.11: "Actividades Extra-Familiares"	143
Gráfico 5.12: "Reacción de la familia frente a un evento inesperado"	145
Gráfico 5.13: "Reacción frente a discusiones recurrentes en la familia"	148



Grafico 5.14: "Percepción en relación a la asistencia al Hospital diurno por parte de los Pacientes"	151
Grafico 5.15: "Avances en el tratamiento del Paciente"	153
Grafico 6.1: "Dinámica Familiar desde el Modelo de Olson"	159

En este espacio, quiero dejar reflejado mi más profundo agradecimiento a quienes, tanto en el proceso de estudios de Trabajo Social como en los puntos álgidos de él, me brindaron el apoyo y el soporte para poder culminar esta labor de la mejor manera posible. Es a ellos a quienes les dedico este Seminario, el que con mucho esfuerzo y esmero realizamos con mis compañeras, con el fin de aportar al desempeño de los y las Trabajadoras Sociales y que, además, nos sirvió para crecimiento y ampliación de nuestro conocimiento.

Es por ello que, principalmente, agradezco al Señor, a mi Dios, mi Padre Celestial, quien en ningún momento me desamparó ni me dejó, Él fue quien confirmó mi vocación y me sostuvo en todo tiempo. Mirando hacia atrás, puedo decir que siempre estuvo a mi lado y me guió en todos mis pasos.

Además, agradezco a mis padres, quienes fueron mis sostenedores y amparo en tiempos felices y tristes, quienes me infundieron aliento cuando las circunstancias me invitaban a decaer.

Mi gratitud para todos aquellos compañeros, amigos y familiares que, en su momento, me prestaron ayuda o consuelo o estuvieron presentes en mis alegrías. Hago mención especial para quien será mi compañero de vida, quien me sostuvo, alentó y se alegró conmigo.

Doy las gracias a nuestro profesor guía, don Dagoberto Salinas, quien nos inspiró confianza y nos apoyó con sus sugerencias y recomendaciones y supo establecer el recorrido de esta tarea.

Espero que este Seminario sea un aporte al Trabajo Social, del cual estoy cada día más feliz de pertenecer; tengo la convicción en mi corazón de que, con la ayuda del Señor, podré responder a las expectativas y lograré ser cada día mejor para servir al prójimo.

Finalmente, quiero dar a conocer el versículo bíblico que me sostuvo durante todo este tiempo y que sé que a quienes confiamos en Dios, nos reconforta y ayuda:

"Fíate de Jehová de todo tu corazón, y no te apoyes en tu propia prudencia. Reconócelo en todos tus caminos, y Él enderezará tus veredas". Proverbios 3:5-6.

Patricia Castillo Contreras.

Agradecimientos

Para quienes lean estas líneas hemos decidido hacer algo diferente a lo normal. Mi amiga y yo hemos querido compartir este pequeño fragmento para ustedes.

Durante esta etapa importante de nuestras vidas, ambas hemos vividos momentos felices, pero difíciles durante el transcurso del Seminario. Hubo momentos de flaqueza, desilusión y rabia, que si bien es normal vivirlos, nunca pensamos que alcanzaría tal magnitud. Sin embargo la vida nos dio la oportunidad de formar un gran lazo de amistad, el cual nos a ayudado a superar cualquier barrera u obstáculo que se ha cruzado en nuestro camino, el cual ha permitido que ambas desarrollemos un sentimiento de confianza y lealtad de una hacia la otra.

Es una pena haber terminado esta etapa de nuestras vidas con un cierto sabor amargo por una parte, ya que lo que comenzó como un desafío para el grupo, término por desunir y quebrantar las relaciones, todo por problemas tan superficiales a nuestro parecer, pero para otro más importante que la amistad y el compañerismo.

Es por ello, que para quienes aun no han iniciado el Seminario de Titulo y estén en un futuro pensando llegar a esta última etapa de su carrera, les queríamos decir lo siguiente:

Siempre habíamos escuchado decir a compañeros que cursaban el Seminario, que es complicado trabajar en equipo durante todo un año. Que la mayoría terminan peleados y las relaciones se rompen. Nosotros pensábamos que eso era exagerado, hasta que nos toco vivirlo. Fuimos 3 las que iniciamos este proceso, pero solo nosotros dos seguimos como amigas, ya que nuestra 3ª compañera la relación se desgasto y terminamos mal.

Nuestro error fue entregarle poder a nuestra compañera, bien lo dice el siguiente dicho:

“... Si tu quieres conocer de verdad a una persona, entrégale el poder”, el poder confunde, ofusca la visión, distorsiona el carácter, o tal vez crea las condiciones propicias para que la verdadera personalidad se revele, y esto es totalmente cierto, lastima que nos dimos cuenta demasiado tarde. Pero a pesar de todo, logramos algo más importante, seguir unidas y forjar una linda amistad, así lo refleja nuestro refrán: “...En las buenas y en las malas, mas en las malas que en las buenas”.

Por ultimo no podemos olvidar agradecer a Dios por todo, y por haber permitido estar juntas hasta el final, ya que gracias a el somos lo que somos. Nos entrego la fuerza, fortaleza y unión en aquellos momentos de aflicción, a pesar que en ciertas situaciones no entendíamos el porque de ciertas cosas, con el tiempo comprendimos y agradecemos por ello.

Otro pilar fundamental fue nuestro Profesor Dagoberto, que siempre nos lleno de positivismo, y atención cuando lo requeríamos. Le damos gracias por la paciencia y por aquellos ratos agradables que nos hizo pasar, y por supuesto todo el apoyo metodológico durante el proceso.

Y también a todas aquellas personas significativas en nuestras vidas, que siempre nos estuvieron apoyando en todo sentido, ya sea con un consejo, una palabra de aliento o simplemente preocupados por nosotros, a todos ellos les damos las gracias.

La amistad es el ingrediente más importante en la receta de la vida.



Nataly

y

Sonia



PRESENTACIÓN

La salud mental de cada individuo es fundamental a la hora de conocer cómo las personas se manejan frente a la cotidianidad y a la complejidad de la vida. La forma en que cada persona responde a las situaciones y problemáticas, da a conocer la manera en que ella se ha desarrollado y ha conformado su visión de mundo.

Este aspecto se hace aún más importante cuando se habla de niños y adolescentes, en los que su formación e incorporación social se hace cada vez más compleja y fundamental para una vida de adultos apropiada. En relación a esto, podemos señalar que, cuando nos encontramos con problemáticas de salud mental, se presenta un escenario mucho más complicado y difícil de sobrellevar, especialmente cuando damos cuenta de que toda persona está acompañada de una familia que lo alberga y contiene, hecho que se hace mucho más fundamental e importante cuando estamos frente a niños y adolescentes.

La familia es el eje central de toda sociedad, pues en ésta es donde se genera el espacio principal de desarrollo de las personas y donde surge la personalidad y formación de cada individuo. De allí la importancia que adquiere la familia en aquellos niños y adolescentes, aún vinculados en espacio y afectividad con aquéllas, que presentan alguna problemática en salud mental.

En este marco, surge como lineamiento central del presente Seminario de Título, el conocer e identificar a las familias que sustentan a los pacientes con estas problemáticas, especialmente, tal y como se mencionó, siendo niños y adolescentes que tienen, por su corta edad y necesidad, una vinculación mayor a ellas de las que se tiene cuando se es adulto.

Cabe señalar, que esta instancia nace de la inquietud de los profesionales del Hospital Diurno Infanto-juvenil de Viña del Mar, por conocer a mayor cabalidad las características principales y relevantes de las familias de sus Pacientes. De esta manera, el presente Seminario de Título aporta, no sólo conocimiento, sino nuevas formas de trabajar tanto con los Pacientes como también con su entorno



familiar, entregándoles modos de intervención mucho más atingentes a los profesionales de esta área.

Es así como este documento se organiza en cuatro Partes, que se traducen en diez Capítulos.

En la Primera parte, se configura el Marco de Referencia del Seminario de Título, del que se desprende el Capítulo 1, el cual describe el Contexto Institucional en el que se enmarca el Estudio, seguido del Capítulo 2, en el que se presentan los Aspectos Teóricos de la Investigación y que dan cuenta del trabajo desarrollado en la temática de estudio y de la manera cómo éste se llevó a cabo.

La Segunda parte de este Seminario, lo constituyen el Capítulo 3 y 4. En el 3 se presenta el Diseño y propósito de la Investigación, a través del cual se da a conocer la delimitación del problema en estudio, los objetivos y la operacionalización de las variables de éste. En el capítulo 4 se orienta metodológicamente la investigación, dando a conocer la unidad de análisis, el tipo de investigación y las técnicas e instrumentos para la recolección de datos.

A continuación, en la Tercera parte del Seminario, se establece el Capítulo 5, el cual desarrolla el Análisis e Interpretación de los datos, que da cuenta de los resultados propiamente tales de la investigación, respaldados teóricamente, y el Capítulo 6, donde se presenta una síntesis de los aspectos más relevantes de dichos resultados.

A partir de los hallazgos y aprendizajes obtenidos en el Seminario de Título, surge la Cuarta parte de éste, el cual comprende el Capítulo 7 y 8. En el 7, se dan a conocer las Conclusiones Generales, sus principales reflexiones temáticas, y los aportes del Estudio al Trabajo Social.

En el mismo apartado, el Capítulo 8 establece una serie de lineamientos como Propuestas, de manera que, tanto la Institución como sus Profesionales puedan mejorar su Intervención. Le sigue el Capítulo 9, que muestra la Bibliografía revisada y el Capítulo 10, que contiene los Anexos de este Estudio.



I PARTE: MARCO DE REFERENCIA



CONSIDERACIONES PRELIMINARES.

En la Primera parte de este estudio, se presentan dos Capítulos, que dan cuenta del marco de referencia en el cual se enmarca esta investigación.

El Capítulo 1 da cuenta del Contexto Institucional, donde se da a conocer los aspectos más relevantes del Hospital Diurno Infanto-juvenil de Viña del Mar, en el que se desarrolló el Seminario de Título, y que dan la pauta de referencia para conocer la forma en que se trabaja e interviene en dicho establecimiento y las características principales de las personas que se atienden allí.

En el Capítulo 2, se presentan los Aspectos Teóricos de la Investigación, que dan cuenta de la importancia del tema, desde lo general a lo específico, iniciando, de esta manera, la temática de salud mental propiamente tal y sus principales desarrollos a nivel mundial y nacional; ello, desde una perspectiva general hasta la Infanto-juvenil, junto con las principales formas de intervención y dispositivos en ese ámbito. Además, en este mismo Capítulo, se presentan los principales aspectos teóricos relacionados con los modelos de intervención familiar, que dan cuenta de los aspectos más relevantes para indagar en la familia y dar a conocer sus características y formas de desarrollo interno y externo.



CAPÍTULO 1

DIMENSIÓN INSTITUCIONAL

1.1. ANTECEDENTES GENERALES DE LA INSTITUCIÓN

- Identificación de la Institución
 - Nombre: Hospital Diurno Infanto-juvenil de Viña del Mar.
 - Coordinadora Hospital Diurno: Jovanna Castro Muñoz (Terapeuta Ocupacional).
 - Dirección: 5 1/2 Oriente 177, Viña del Mar.
 - Fono: 2-993966
 - Correo electrónico: hdiurno@ssvq.cl

- Tipo de Institución

El Hospital Diurno Infanto-juvenil de Viña del Mar es una institución pública, que funciona como un Dispositivo o Unidad Clínica Psiquiátrica, especializado en el área de salud mental Infanto-juvenil. Depende del Servicio de Psiquiatría, dentro de la Unidad de Neuropsiquiatría Infantil del Departamento de Salud Mental Hospital Dr. Gustavo Fricke, perteneciente al Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota (SSVQ).

- Cobertura

El Hospital Diurno Infanto-juvenil de Viña del Mar atiende mensualmente a unos 20 niños y niñas, cuyas edades fluctúan entre los 8 y 18 años de edad. Estos 20 niños son atendidos ambulatoriamente y en Hospitalización diurna, dependiendo del grado en que se presente la Psicopatología que les aqueja.



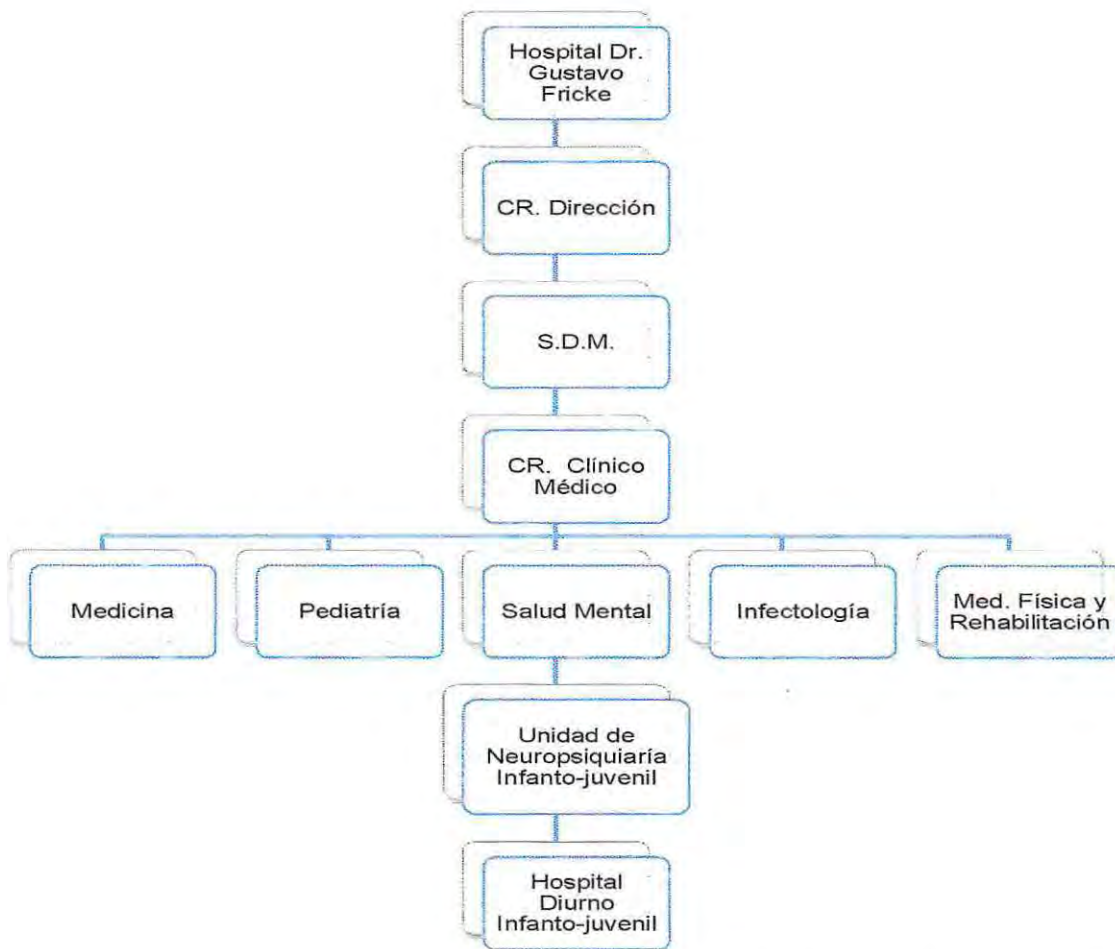
- Radio de Acción

El Hospital Diurno forma parte de la Red Territorial de Servicios en Salud Mental y Psiquiatría, inscrito dentro de la Unidad de Neuropsiquiatría Infanto-juvenil del Hospital Dr. Gustavo Fricke. Atiende a la población de la Quinta Región, principalmente.

- Antecedentes Históricos

Su creación es impulsada por la Directiva del Hospital Dr. Gustavo Fricke, en el año 2002, instaurándose un Modelo Comunitario y Biopsicosocial en la intervención con los pacientes y sus familias.

Organigrama 1.1: "Organigrama del Hospital Diurno de Salud Mental Infanto-juvenil de Viña del Mar desde el Hospital Dr. Gustavo Fricke"



(Fuente: Hospital Dr. Gustavo Fricke)



1.1.2 ESTRUCTURA INSTITUCIONAL

- Recursos Humanos

En cuanto a los recursos humanos del Hospital Diurno, podemos señalar que cuenta con un Equipo Multidisciplinario, integrado por los siguientes profesionales con sus respectivas horas de asistencia al Hospital:

- Psiquiatra Infanto-juvenil (6 horas semanales)
- Enfermera (22 horas semanales)
- Terapeuta Ocupacional (22 horas semanales)
- Psicóloga (22 horas semanales)
- Asistente Social (22 horas semanales)
- Psicopedagoga (4 horas semanales)
- Paramédico (22 horas semanales)

Al respecto, es preciso indicar que si bien es cierto el Hospital posee los profesionales para una intervención adecuada, no es menos cierto que las horas semanales correspondientes a cada uno de ellos, son insuficientes para atender a cabalidad las patologías psiquiátricas de los pacientes, ya que su tratamiento es más complejo que otros de tipo orgánico.

Junto con los profesionales se encuentran funcionarios, que cumplen el objetivo de satisfacer los aspectos técnicos del Hospital Diurno. Estos son:

- Secretaria
- Cocinera
- Monitores

Estos funcionarios, como se mencionó, cumplen la labor de complementar la intervención de los profesionales, de manera que todas las actividades del Hospital se desarrollen correctamente.



- Infraestructura

El Hospital Diurno Infanto-juvenil de Viña del Mar, cuenta con un salón para comer, cocina, dos baños (para pacientes y profesionales), enfermería, tres oficinas, una recepción de secretaría y una habitación para los talleres que allí se realizan.

1.3 OBJETIVOS DE LA INSTITUCIÓN

- Objetivos Generales de la Institución:

Los siguientes son los objetivos generales del Hospital Diurno de Salud Mental Infanto-juvenil de Viña del Mar:

- a. Proporcionar atención a pacientes con Trastornos Psiquiátricos Severos y Diagnósticos con Patologías AUGE: 1º Episodio Esquizofrenia y Depresión en mayores de 15 años, a través del sistema de hospitalización diurna, el que consta de 6 horas diarias.
- b. Proporcionar tratamiento especializado y multidisciplinario médico, farmacológico, psicológico, ocupacional y social, a los pacientes en modalidad de hospitalización diurna, ofreciendo, de este modo, un tratamiento de carácter integral e intensivo.
- c. Proporcionar atención de tipo ambulatoria a pacientes con patología psiquiátrica de menor complejidad.

- Objetivos Específicos de la Institución:

El Hospital Diurno de Salud Mental Infanto-juvenil de Viña del Mar, tiene los siguientes objetivos específicos:



- a. Evaluación multidisciplinaria médica, psicológica, ocupacional y socio-familiar, a fin de reunir antecedentes y elementos que aporten a la precisión diagnóstica.
- b. Resolver episodios de agudización de sintomatología, a fin de lograr la estabilización clínica del paciente.
- c. Potenciar la recuperación y restablecimiento de la capacidad de funcionamiento y reinserción social del paciente.
- d. Proporcionar soporte a familiares y cuidadores.
- e. Mejorar adherencia al tratamiento¹.

De esta manera, el enfoque central en el que se desarrolla el presente Seminario, se relaciona con aquellos objetivos que se vinculan con lo social y, específicamente, con el ámbito familiar de los pacientes. Por ello, es importante destacar los criterios que se utilizan para ingresar a los pacientes en Hospitalización diurna.

1.3 CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALIZACIÓN DIURNA:

Los criterios de Ingreso al Hospital Diurno, se enmarcan en los siguientes aspectos:

- La existencia de ideación suicida activa, intento suicida, síntomas psicóticos activos, pacientes refractarios a tratamientos anteriores, inescolaridad asociada a psicopatología psiquiátrica, existencia de psicopatología asociada a disfunción familiar grave, todos ellos asociados a lo psicopatológico de la situación.

¹ Hospital Dr. Gustavo Fricke: Departamento de Salud Mental; Hospital Diurno Infante Juvenil. "Objetivos y Metodología de funcionamiento Hospital Diurno Infante Juvenil", Chile; 2008.



- La gravedad psicopatológica que impida un funcionamiento individual y social adecuado y satisfactorio, de acuerdo a la etapa de desarrollo del paciente.
- Que los niños y adolescentes, presenten las siguientes Patologías/
Observaciones Diagnósticas:
 - a. Esquizofrenia AUGE Primer Episodio
 - b. Trastornos del Ánimo
 - c. Depresión Monopolar AUGE Mayor de 15 años
 - d. Depresión menores de 15 años
 - e. Depresión Bipolar
 - f. Trastornos Adaptativos (Ansiosos)
 - g. Trastornos Generalizados del Desarrollo, con comorbilidad psicótica y/u otra sintomatología psiquiátrica aguda.
 - h. Trastornos del desarrollo de la personalidad con comorbilidad psicótica y/o depresiva y con intentos de suicidio.

Se hospitaliza a pacientes de ambos sexos, cuya edad máxima de atención son los 18 años. Debe haber un adulto responsable que se comprometa con el proceso terapéutico del paciente. Se atiende a pacientes pertenecientes a la Red de atención de salud del S.S.V.Q.

1.3.1 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

En relación a los criterios de exclusión, se encuentran los trastornos por déficit atencional y/o comportamiento perturbador, trastornos alimentarios, trastornos por abuso y dependencia de alcohol y drogas, además de maltrato infantil.



1.4. SISTEMA DE REFERENCIA:

El Sistema de Referencia del Hospital Diurno, es el siguiente:

- Unidades Clínicas de la Red de Salud S.S.V.Q. del Nivel Secundario (Directa, para el caso de Unidades Clínicas del Hospital G. Fricke y a través de SOME, para Unidades Clínicas del Resto de la Red del Nivel Secundario).
- Atención Primaria de Salud de la Red del Servicio Viña del Mar-Quillota, a través de SOME del H. G. Fricke.

Las horas de atención en el Dispositivo, son asignadas por el Equipo Multidisciplinario, en función de la disponibilidad de cupos y horas para ingreso.

1.4.2 SISTEMA DE CONTRA-REFERENCIA

Una vez lograda la compensación clínica del paciente, se procederá a gestionar su Egreso del Dispositivo hacia la Unidad Clínica que corresponda, a fin de dar continuidad al tratamiento ambulatorio pertinente. A continuación, se detallan los aspectos que se consideran para establecer el Sistema de Contra-referencia:

INGRESO

- Consulta con Equipo de Salud del Dispositivo (Psiquiatra y Equipo Multidisciplinario)
- Entrevista de ingreso administrativo (Consentimiento Informado y Contrato Terapéutico)

EVALUACIÓN

- Psiquiatra: Evaluación de sintomatología clínica del paciente.



- Psicóloga: Evaluación de personalidad y coeficiente intelectual, deterioro de funciones cognitivas, en el caso que corresponda.
- Enfermera: Control general de enfermería: Anamnesis remota y reciente, medidas antropométricas, presión arterial y temperatura corporal, revisión de antecedentes clínicos tales como exámenes, fármacos y ficha clínica.
- Terapeuta Ocupacional: Evaluación de funcionamiento ocupacional, estructuración de rutina, actividad de la vida diaria, actividad productiva, ocio y tiempo libre.
- Asistente Social: Evaluación social, familiar y de Redes sociales.

1.5. PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL POR PACIENTE (HOSPITALIZACIÓN DIURNA)

En este apartado, se darán a conocer las etapas que se desprenden del plan de tratamiento dirigido a los pacientes del Hospital Diurno:

1era Etapa: Ingreso – Adaptación

- Ingreso paciente: Contrato Terapéutico.
- Información y orientación al paciente y su adulto responsable, sobre aspectos del funcionamiento interno del Hospital.
- Psicoeducación I: Aspectos farmacológicos y sintomatología del paciente, al momento del ingreso.
- Observación y evaluación multidisciplinaria.

2da Etapa: Plan de Tratamiento Integral

- Análisis clínico multidisciplinario y formulación del plan de tratamiento integral, por paciente.
- Precisiones diagnósticas.
- Ejecución del plan de intervención individual.
- Plazo: de 3 a 6 meses con un plazo máximo de 1 año, en función de la evolución y gravedad del cuadro psiquiátrico del paciente.



- Psicoeducación II: Actividades de educación en salud, destinadas a la generación de conocimientos, habilidades y destrezas para manejar la condición de la enfermedad psiquiátrica, y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por ella y su familia. Incluye al usuario y sus cuidadores. (Orientaciones Técnicas para el funcionamiento de Hospitales Diurnos, 2002)

3era Etapa: Cierre y Egreso:

- Desvinculación gradual del paciente y su familia, con el Dispositivo y el Equipo Profesional.
- Gestión y Coordinación con las Redes de Salud correspondientes, para la derivación del paciente, con el fin de dar continuidad a su atención ambulatoria².

En estas etapas, se da cuenta de la participación multidisciplinaria y la importancia de la familia en cada una de ellas, comenzando desde su compromiso con el Tratamiento y continuando con el desarrollo de éste y la forma en que se involucran en el mismo, para su mejor resultado.

En los aspectos mencionados, se destacan aquellos relacionados con la familia y el desarrollo de las habilidades sociales en los pacientes, lo que se relaciona directamente con aquellos factores Socio-familiares desarrollados a lo largo del Seminario.

El Contexto Institucional se constituye, de esta manera, como la base para conocer el ámbito de acción en el cual se desarrolla la temática de Salud Mental Infanto-juvenil. Es, además, la plataforma para acercarse de manera adecuada tanto a los pacientes como a sus familias y, de esta forma, dar cuenta de su situación Socio-familiar, que da pie para el desarrollo del Seminario de Título.

² Hospital Dr. Gustavo Fricke: Departamento de Salud Mental; Hospital Diurno Infanto Juvenil. "Objetivos y Metodología de funcionamiento Hospital Diurno Infanto Juvenil". Chile; 2008.



A continuación, se presentan Fotografías de los Profesionales que atienden el Hospital Diurno Infanto-Juvenil de Viña del Mar, junto con algunos de los Pacientes en una actividad especial desarrollada en el Hospital.

Fotografía 1.1: "Profesionales del Hospital Diurno de Salud Mental Infanto-Juvenil"



(Fuente: Hospital Diurno Infanto-juvenil)

Fotografía 1.2: "Pacientes del Hospital Diurno de Salud Mental Infanto-Juvenil"



(Fuente: Hospital Diurno Infanto-juvenil)



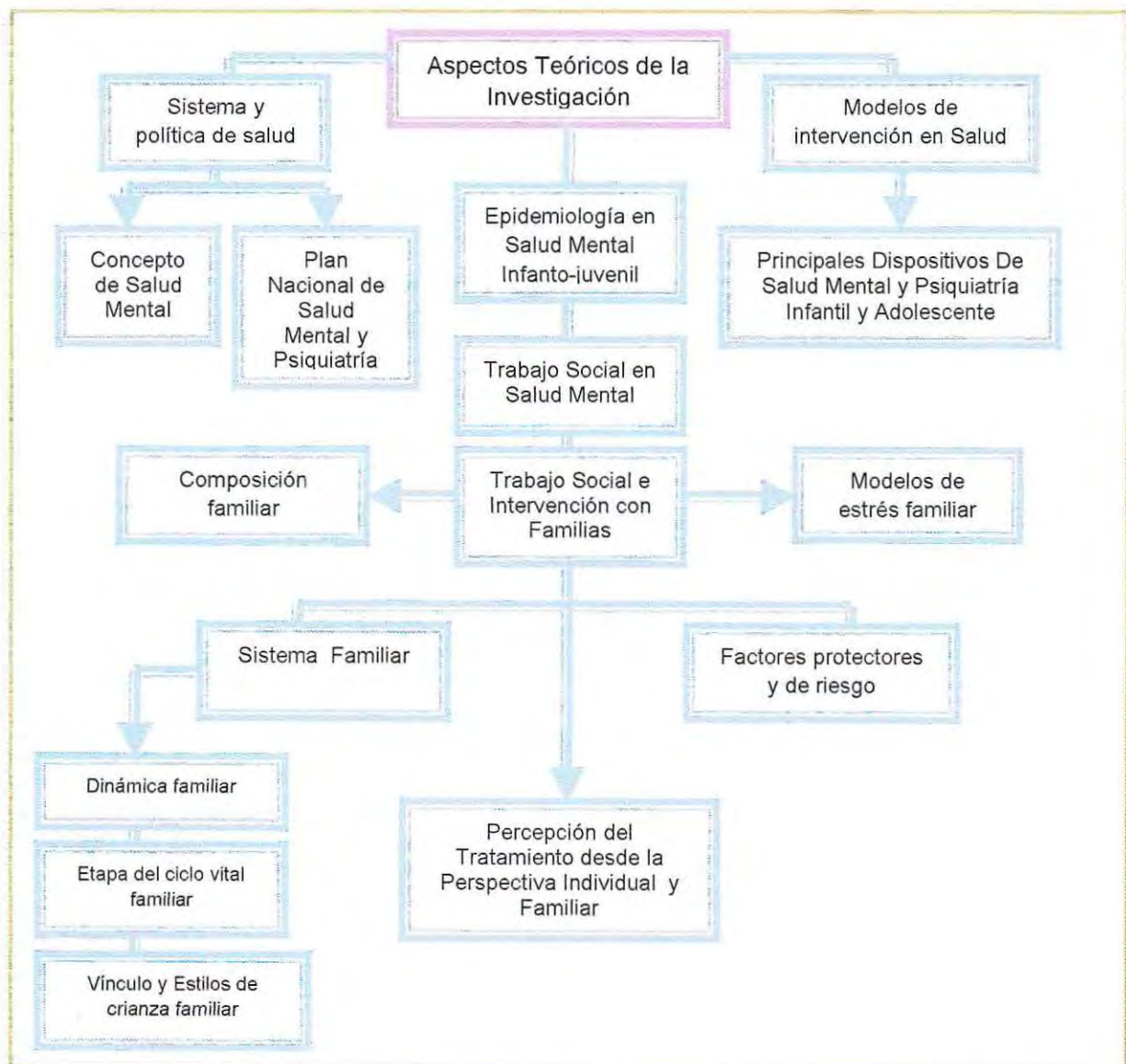
CAPÍTULO 2

DIMENSIÓN TEÓRICA-CONCEPTUAL

2.1 ASPECTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación se presenta un esquema, en el cual se dan a conocer las principales temáticas que se abordarán en este apartado:

Esquema 2.1: "Principales Aspectos Teóricos de la Investigación"



(Elaborado por Equipo Seminarista)



2.2 SISTEMA Y POLÍTICA DE SALUD EN CHILE:

En Chile, el Sistema de Salud es mixto, aunque predomina el Sector Estatal, que es el que atiende a la población más pobre, de mayor edad y con mayor carga de enfermedades. El organismo coordinador del Sistema Nacional de Servicios de Salud es el Ministerio de Salud, que cumple funciones rectoras y normativas y tiene a su cargo 28 servicios de salud descentralizados territorialmente.

Su organismo de financiamiento es el Fondo Nacional de Salud (FONASA), que funciona como un proveedor de seguro público de salud. En respuesta al grave deterioro en que se encontraba el sector de la salud a fines de la década de 1980, debido a la reducción del presupuesto estatal de salud en el período de 1973 a 1989, los recursos asignados a este sector han aumentado sostenidamente, a fin de mejorar la cobertura y la calidad de los servicios.

El aumento promedio del gasto público en salud, en el período 1989–2000 fue de 8,1%, superior al promedio del sector social, que fue de 5,4%. Durante la década de 1990, el gasto en salud estuvo concentrado en los sectores más pobres de la población, con el objetivo de contribuir a mejorar la calidad de la vida de ese segmento poblacional.

La estrategia general aplicada por el Ministerio de Salud, se ha reflejado también en la asignación de más recursos para la atención de los problemas de salud mental, de la población de Chile.

Los cambios en los indicadores de salud, en la cantidad de recursos y en el número de actividades realizadas en los últimos años, han sido grandes y positivos y han ubicado a Chile a la vanguardia de la Región por sus indicadores de salud, con logros reconocidos internacionalmente.



Como consecuencia de la transición demográfica, la esperanza de vida al nacer de los chilenos es actualmente de 76,7 años y la tasa de mortalidad general es de 5,74 por 1.000 habitantes.

Sin embargo, se debe destacar que el suicidio es la séptima causa de muerte en hombres, con una tasa de 16,8 por 100.000 habitantes de ese sexo. Dado el cambio en el perfil epidemiológico de la población chilena, se hace cada vez más importante mejorar la calidad de la vida y reducir la prevalencia de las enfermedades que producen discapacidad³.

Respecto a lo mencionado, es importante agregar el concepto de salud, específicamente de la mental, ya que ésta es la base para enmarcar la temática del presente Seminario de Título.

2.2.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE SALUD MENTAL

A lo largo de la historia, el concepto de salud ha estado condicionado, tanto por el relativismo cultural como por diversos énfasis otorgados al mismo, dependiendo de quién o quiénes sean los que aludan a ella; por esto, es plausible afirmar que se trata de un concepto dinámico, en constante discusión y evaluación.

En 1958, la Organización Mundial de la Salud definió la *salud como "el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades"*:

El modelo cultural de salud-enfermedad propio de cada época, ha sido determinante para la comprensión de las enfermedades mentales. Es así como, desde una concepción primitiva de la enfermedad, es considerada como castigo divino, donde la enfermedad mental se considera el paradigma del castigo por la ruptura de algún tabú (el loco está poseído por algún demonio, o es directamente

³ Minoletti, Alberto y Zaccaria, Alessandra. Temas de actualidad. "Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia". Chile. 2005.



castigado por Dios), pasando por un modelo social y psicoanalítico, hasta la más moderna perspectiva bioquímica y genética de la enfermedad mental, como una expresión más de la alteración del órgano o de su función fisiológica.

Las actividades de la psiquiatría y la psicología institucional se desarrollan con consignas anacrónicas, individualistas, tratando la enfermedad y no la persona en su entorno social y ambiental. Se comportan como resguardadoras de la patología mental y su cronificación, perdiendo la integración del ser humano.

El individuo deja de ser el sujeto biopsicosocial, para transformarse en una entidad puramente biológica o psicológica, de acuerdo con la escuela teórica que se adopta, pero no se tiene en cuenta que la enfermedad es el producto de los cambios constantes que surgen en la interrelación entre el individuo, el ambiente, el medio social y las estructuras económicas, políticas y culturales.

El prejuicio y el temor a la enfermedad permanecen incorporados en la población y desencadenan, como consecuencia, la marginación y el aislamiento de los enfermos mentales.

Este prejuicio puede ser desarraigado, informando a la población y modificando sus creencias, para que una educación sanitaria en la prevención pueda ser reconvertida, a su vez, en ayuda solidaria al paciente, mostrando que la salud está en el desarrollo de un equilibrio armónico entre el individuo y la comunidad⁴.

La salud mental es un concepto que se refiere al bienestar emocional y psicológico del individuo. Según la OMS, no hay una definición oficial de salud mental, pero se le puede señalar, según la misma organización, como "*un estado de bienestar mediante el cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar en forma productiva y fructífera y contribuir a sus comunidades*".

⁴ Mazzáfero, Vicente Enrique y colaboradores; "Medicina en Salud Pública"; Ed. El Ateneo; Buenos Aires, Argentina; 1994



Como contraparte a lo anterior, la misma entidad internacional define la enfermedad mental como *"un estado sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales, en el que el individuo no se encuentra en condiciones de conseguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas potencialmente antagónicas"*

La mayor parte de los expertos coincide en que la salud mental y las enfermedades mentales, no son contrarias. En otras palabras, la ausencia de un desorden mental reconocido, no es necesariamente un indicador de que se cuenta con salud mental.

Los conceptos de salud mental incluyen el bienestar subjetivo, la autosuficiencia perseguida, la autonomía, la competitividad, la dependencia intergeneracional y la auto-actualización del propio intelecto y potencial emocional, entre otros⁵. Desde estos aspectos, es importante señalar, además, el Plan Nacional que nuestro país contempla en el ámbito de Salud Mental.

2.2.2 PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría recoge y sistematiza la experiencia de trabajo de muchas personas que -en su condición de usuarios, familiares de los usuarios, técnicos y profesionales de la salud- hicieron un valioso aporte a la reflexión y al análisis colectivo que permitió llegar a este plan.

En él se señalan los objetivos y las estrategias que se deben seguir para orientar los recursos del Estado, hacia acciones que mejoren el bienestar y la salud mental de los chilenos.

El Plan tiene como propósito contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible, para relacionarse entre sí y con el medio ambiente, de modo que promuevan el

⁵ Equipo Salud Mental Hospital de Hualañe; "Diagnóstico Integral en Salud Mental". 2007.



bienestar subjetivo, el desarrollo y el uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognoscitivas, afectivas y relacionales, y el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común.

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría hace hincapié en el enfoque comunitario de los problemas de salud mental. Además, se basa en intervenciones fundamentadas en los últimos avances científicos y toma en cuenta criterios económicos, tales como la eficacia en función del costo.

En términos estratégicos, este plan establece que se deben crear servicios de salud mental y psiquiatría en red -dentro del sector de la salud y junto con otros sectores- en los que participen el usuario y sus familiares y en los que las organizaciones locales desempeñen un papel destacado, en el desarrollo de los servicios.

Este Plan de Salud mental y Psiquiatría se enmarca en los Modelos de Intervención en Salud, los cuales dan a conocer la manera en que se conceptualiza e interviene en este ámbito.

2.3 MODELOS DE INTERVENCIÓN EN SALUD

Los Modelos de Intervención "no son esquemas prefabricados, hormas inflexibles para trabajar cual dogmas; son, sobre todo, guías para pensar, hallazgos puestos sobre un tablero, para comenzar a organizar la información con quien se comparte un empeño"⁶, que "influyen en la forma en que el equipo de salud comprende lo que le pasa a las personas, con su salud; en la forma como se relaciona con individuos, familias y comunidad; y en el tipo de respuestas y la forma en que éstas se diseñan para enfrentar los problemas de las personas, familias y comunidad"⁷.

⁶ Gobierno de Chile, Ministerio de salud. Objetivos sanitarios y modelo de salud para la década 2000-2010, Documento Oficial Enero de 2002

⁷ Informe de la Dra. Ruth Depaux V. Un Modelo de Atención Integral con enfoque familiar.



Como estrategia efectiva a la hora de prestar ayuda, Brickman y Cols (1982) han distinguido cuatro modelos en las profesiones asistenciales, según la responsabilidad atribuida al sujeto en la génesis del problema y las propuestas para resolverlo.

El primero es el modelo médico, en el que el paciente que requiere tratamiento es una persona pasiva, sin responsabilidad ni con el problema ni con su solución. Al otorgar toda la responsabilidad al terapeuta, pueden incrementarse en el paciente los síntomas de deterioro que se pretende solucionar, y la sobrecarga de responsabilidad puede tener efectos perniciosos en el terapeuta. Éste ha sido el modelo preponderante en trabajo social, en la primera mitad de este siglo.

El modelo de ilustración descarga la responsabilidad sobre el paciente, exigiendo al sujeto una nueva forma de vida.

El tercero es el modelo moral, y enfatiza la responsabilidad de la persona, quien no actúa irresponsablemente porque está enferma, sino que está enferma por actuar irresponsablemente (Glasser, 1975).

El modelo compensatorio, en cambio, no busca culpar al paciente de su condición, sino, más bien, suministrarle equipamiento y darle facilidades para enfrentarse al problema que le afecta en el momento presente. Ha llegado a ser el modelo más importante.

"Pese a ser un tanto simple la descripción de los "modelos", suministra un marco psicosocial convenientemente coherente para las intervenciones de profesionales en salud y servicios sociales "(Stephenson, 1990).

El concepto de Intervención se desarrolla para evitar reduccionismos y poder ser aplicado a los más diversos campos, desde el de la salud hasta el institucional. Se define como una actividad de unos sujetos para cumplir una función o lograr unos objetivos. Es un concepto amplio, superador de la dicotomía



teoría-praxis, y se adapta a las exigencias del enfoque sistémico. Tiene tres conceptos básicos: los sujetos, la actividad y el objetivo (Mayor, 1993; Escartín, 1992; Rueda, 1992):

- a. El sujeto de la Intervención para el Trabajo Social, es la realidad social; pero, en último término, se concreta en el sujeto individual y/o colectivo.
- b. Las actividades se convierten en técnicas, estrategias y programas encaminados a modificar conductas o representaciones mentales, restringiendo o liberando condiciones y posibilidades de sujetos y contextos, y dirigidos o controlados de una manera autónoma o heterónoma.
- c. En cuanto al objetivo de la intervención, es cambiar la situación que da origen a ella, para lo cual se reducen las demandas o se incrementan los recursos.

Así resume R. Mayor (1993) lo expuesto por J. Mayor: "El concepto de Intervención permite integrar a los sujetos de la misma, a la actividad específica en que consiste, a su función y finalidad; los sujetos son tanto los agentes como los clientes, el individuo como la comunidad, los comportamientos como los contextos; la actividad implica tanto la teoría como la praxis, la descripción como la modificación, la neutralidad como el compromiso; las funciones de la Intervención deben integrar también tanto la recuperación como la optimización, tanto la ayuda heterónoma como el control autónomo, tanto la adaptación como el cambio."

Desde esta perspectiva, se da paso a los Modelos de Salud Mental implementados en Chile.

2.3.1 MODELO DE INTERVENCIÓN DE SALUD MENTAL EN CHILE

Desde la década de 1950, diversos factores -como el desarrollo de nuevos psicofármacos y el establecimiento de un enfoque nuevo respecto de los



trastornos psiquiátricos graves basado en criterios psicológicos, sociológicos y antropológicos- han contribuido a la evolución de los modelos de intervención para trastornos psiquiátricos, desde el nivel hospitalario hasta el comunitario.

Gracias a las políticas aprobadas por el Estado para la salud mental, en Chile se ha venido adoptando paulatinamente el modelo comunitario en los últimos 10 años, considerado por muchos investigadores como el mejor modelo para la atención de trastornos psiquiátricos, tanto desde el punto de vista ético como terapéutico.

Los resultados obtenidos mediante la aplicación de la psiquiatría comunitaria, han demostrado que los factores biológicos explican sólo parcialmente la etiopatogenia de los trastornos psiquiátricos, ya que algunos factores psicosociales condicionan su aparición y duración mediante una compleja interacción entre la persona, su entorno social inmediato y sus antecedentes.

La Psiquiatría Comunitaria es una "Forma de Proporcionar Cuidados Especializados a la Población, en el ámbito de las Enfermedades Psiquiátricas", que característicamente incluye programas enfocados hacia la promoción de la Salud Mental, Prevención y Tratamiento de los Trastornos Mentales y la Rehabilitación e Incorporación de estos pacientes a la Comunidad.

Siendo la Psiquiatría Comunitaria una disciplina médica, "incorpora criterios provenientes de la Salud Pública y postula la organización de servicios de Asistencia Psiquiátrica y social, más cercanos al paciente que el hospital y el servicio de psiquiatría"⁸. "Su preocupación sigue radicando en el eje salud/enfermedad, y especialmente en el polo enfermedad".

Subyace un juicio importante, acerca de "qué es lo mejor para el paciente que sufre una enfermedad psiquiátrica" y se postula que el desarrollo del modelo

⁸ Dra. Torres, Rosa; Tutor: Dr. Sepúlveda, Rafael. Universidad de Santiago de Chile, Facultad de Ciencias Médicas; Dirección de Postgrado, Unidad de Psiquiatría. Curso de educación continua, Gestión en psiquiatría y salud mental. Monografía: "Experiencias de Psiquiatría Comunitaria en Chile" Diciembre de 2001.



de atención comunitario permite que los recursos asistenciales disponibles, ya sean públicos o privados, se apliquen a los trastornos de salud mental y a las enfermedades psiquiátricas de la población de una determinada área geográfica, en forma coordinada e integrada, dando prioridad a las estrategias comunitarias y participativas, según las realidades y necesidades de cada género y grupo sociocultural.

Según este modelo, el eje del apoyo organizativo es el equipo de salud mental y psiquiatría comunitaria. La red de salud mental y psiquiatría funciona por territorios y tiene bajo su responsabilidad la atención de los usuarios del sistema de seguridad pública de salud, las emergencias y los servicios convenidos para los afiliados de los sistemas privados de seguros de salud, así como las acciones de salud pública dirigidas a toda la población.

Este modelo cumple con las recomendaciones de la OMS para la organización de los servicios de salud mental y es parte del Modelo General de Atención en Salud, que se aplica actualmente en todo el país como parte de la reforma del sector de la salud.

Además, este modelo general reconoce que la salud es un derecho humano básico y busca lograr una mayor equidad en el acceso a los servicios, una mayor calidad en la atención sanitaria, y la desconcentración y descentralización de los servicios de salud y de la toma de decisiones.

Esta forma de abordar los problemas de salud mental favorece especialmente las acciones de promoción y prevención y el fortalecimiento de la atención primaria, con una buena capacidad resolutoria enfocada en las personas, las familias y las comunidades⁹. Por ello, es relevante conocer la Epidemiología que se presenta en Chile, en relación a la Salud Mental Infanto-juvenil.

⁹ Minoletti, Alberto y Zaccaria, Alessandra. Temas de actualidad. "Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia", Chile. 2005.



2.4 EPIDEMIOLOGÍA EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

La infancia, como una etapa decisiva en el desarrollo biopsicosocial del ser humano, plantea desafíos especiales a los estudios epidemiológicos. En general, los problemas de salud mental en los niños y niñas se presentan como desviaciones cuantitativas del desarrollo normal y muchas de sus manifestaciones, pueden interpretarse como simples reacciones frente a situaciones específicas.

Es decir, sólo una proporción relativamente pequeña en la infancia, se expresa como manifestaciones cualitativamente diferentes a los que se dan en algún momento del desarrollo. Con frecuencia, en esta etapa no es posible una distinción tajante entre trastorno mental y una alteración del desarrollo psicosocial.

Por otra parte, la adolescencia es caracterizada por un período de transiciones biológicas, psicológicas, sociales y económicas que, a pesar de ser ampliamente descritas, no hay un acuerdo unánime de dónde comienzan o dónde terminan.

La gran mayoría de los acuerdos se refieren a la adolescencia como un rango etario entre los 10 y los 19 años, marcada por el inicio de la pubertad, el desarrollo de habilidades cognitivas más avanzadas y la transición a nuevos roles en la sociedad. Sin embargo las transiciones en esta etapa varían considerablemente, dependiendo de las características biológicas, psicológicas, de género y sociales¹⁰.

Ejemplo de lo anterior son aquellos adolescentes que viven en situaciones de gran adversidad social y psicológica, como la población bajo la protección de SENAME, donde la vulneración de sus derechos es de tal magnitud, que ha

¹⁰ Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública; División de Prevención y Control de Enfermedades, Departamento de Salud Mental. "Atención de Niños, Niñas y Adolescentes con Trastornos Mentales, usuarios del Servicio Nacional de Menores". Chile. Octubre 2007.



impactado profundamente su desarrollo biopsicosocial, y se estima que aproximadamente un 30 a 40% tiene un trastorno mental o del comportamiento.

Desde los aspectos mencionados, cabe destacar la conceptualización de la Salud Mental, la cual, dado el presente Seminario de Título, debe especificarse en lo que se establece como concepto de Salud Mental Infanto-juvenil.

2.4.1 SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

Salud Mental Infanto-Juvenil puede entenderse como sinónimo de desarrollo físico, social, emocional, cognitivo de los niños y jóvenes en los contextos de familia y entorno sociocultural, como la escuela y la relación con los pares. Esto incluye habilidades como la auto-confianza, la curiosidad, motivación, perseverancia y autocontrol, todas las cuales afectan en el aprendizaje futuro, en el crecimiento y éxito¹¹.

En el año 2001, el Ministerio de Planificación y Cooperación, (MIDEPLAN), publica la Política Nacional y Plan de Acción Integrado a Favor de la Infancia y la Adolescencia (2001), documento que pretendió constituirse en el marco ético, valórico y programático dentro del cual debían inscribirse las iniciativas públicas y privadas, dirigidas a los niños y adolescentes, durante el periodo 2001-2010.

Un fruto reciente de ese trabajo es el programa Chile Crece Contigo, sistema de protección destinado a la infancia desde su gestación y hasta el ingreso al sistema escolar. Tal programa, inédito en el país y en América Latina, se enmarca en las prioridades del discurso gubernamental sobre la generación de igualdad de oportunidades, entregando a los niños y niñas las herramientas necesarias para que desarrollen al máximo sus potencialidades¹².

¹¹ La Alianza de Wisconsin para la Salud Mental Infantil". Estados Unidos. 17 de junio de 2009.

¹² Abarzúa, Marianella; González, Marta. "Salud mental infanto-juvenil como problemática pública". Revista de Psicología, Vol. XVI, N°2. Chile. 2007.



Es importante señalar, además, los dispositivos con los que se cuenta para intervenir en la problemática de Salud Mental, específicamente en el área Infanto-juvenil. El más importante, y en el que se desarrolla el Seminario, es el Hospital de Día como Unidad de Psiquiatría especializada para atender casos más complejos.

2.4.2 HOSPITALES DE DÍA COMO DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA

El primer Hospital de Día en Psiquiatría data de 1932 en Moscú, para la rehabilitación de pacientes esquizofrénicos y para la convalecencia de trastornos neuróticos.

En salud mental, para esos tiempos, el interés se centraba en desarrollar un sistema extra-hospitalario debido al momento histórico por el que atravesaba la ex Unión Soviética, en que, a comienzos de la década del 30, la intensificación de los procesos de industrialización habrían significado un incremento de la población urbana y una mayor atención y demanda por mano de obra.

Dzhagarov (médico jefe del primer hospital psiquiátrico de Moscú) planteaba en un artículo, en 1937 una "solución de hospitalización semi-permanente" para los pacientes psicóticos, donde se hacía ir a los enfermos al hospital durante la jornada de trabajo y se les dejaba el resto del tiempo en su atmósfera familiar habitual.

Dzhagarov planteó como fundamento de tales acciones "la necesidad extrema de camas y la sobrepoblación de nuestro hospital"; además de que esto permitía un servicio médico más barato y liberaba de sus funciones a una cantidad considerable de personal; por otra parte, el médico y asistente social mantenían un contacto permanente con las familias, tendiente a orientarlos en los cuidados.

Este Hospital de Día fue concebido y organizado para el trabajo terapéutico, cuya misión consistía en "más allá de los objetivos puramente terapéuticos,



resocializar a los enfermos y reintegrarlos a la vida cotidiana". El artículo de Dzhagarov no tuvo influencia inmediata en el mundo occidental y fue descubierto muy posteriormente.

Contemporáneas a esta experiencia son las de Boyle en Chinchester, Inglaterra y de Woodall, en Boston. Pero en el mundo occidental no es, sino después de la Segunda Guerra Mundial, en 1946, cuando Cameron en Montreal y Bierer en Londres, dan inicio sistemático a esta "fórmula experimental de hospitalización para los enfermos mentales" (Olivos, 1985).

El periodo que siguió a la Segunda Guerra Mundial fue muy positivo para la psiquiatría. La experiencia de guerra abrió la puerta a importantes avances en el área de la terapia ambulatoria de emergencia. Se había hecho evidente, por ejemplo, que el tratamiento dispensado unas pocas horas o días después de un acontecimiento traumático, era capaz de prevenir la cronificación de esa condición, que habría hecho necesario el traslado del paciente a un Hospital lejos del frente.

Cameron concibió el Hospital de Día en estrecha relación con el servicio de hospitalización completa y como un sistema terapéutico eficaz y económico, destinado a todos los pacientes que no requirieran, necesariamente, de la internación por un comportamiento perturbador, que fuesen capaces de asistir regularmente y seguir viviendo en su casa durante el tratamiento.

Desde un principio señaló que "los principales métodos terapéuticos utilizados en el Hospital de Día son los Psicoterapéuticos", separando en distintos sectores los tratamientos físicos de las técnicas grupales e individuales. Se trataba principalmente de evitar los efectos nefastos del hospital psiquiátrico tradicional, "en que la responsabilidad del bienestar del enfermo se encuentra casi exclusivamente en manos del personal".



"En Hospital de Día -por el contrario- ésta se encuentra, en parte, en manos del paciente mismo; en otra, en los demás enfermos y una tercera parte, en manos del personal" (Olivos, 1985).

Los conceptos de Cameron, en relación al Hospital de Día, consideraban como esencial que el tratamiento psiquiátrico consistía, esencialmente, en intercambio de personas y esto estaba muy lejos de parecerse a la sala de Medicina o al pabellón operatorio: el paciente podría ser tratado en la oficina del Dr. o doquiera que se encontrara con otras personas, con el personal u otros pacientes, y que para esto la cama no era necesaria". (Bahamondes, 1998) ¹³.

Estos conceptos contrastaban agudamente con la idea del Hospital General, indicando lacónicamente que el Hospital de Día no era:

- Un lugar donde el paciente duerme
- Un lugar donde el paciente permanece hasta que se ha recuperado o el médico lo ha recuperado lo más posible.
- Un lugar donde sólo el paciente es tratado

El desarrollo posterior de los Hospitales de Día ha sido muy rápido desde la década del 60, en que la mayoría de los países industrializados reemplaza el hospital Psiquiátrico por un nuevo modelo de atención en Psiquiatría, denominado Psiquiatría en la comunidad (Olivos, 1985). Sólo en EEUU se ha pasado de 114 hospitales en 1964, a 1290 en 1973 y hoy día su número se aproxima a 6000. Su crecimiento puede deberse, además de sus aportaciones específicas, a que disminuye la sobrecarga a las unidades de Hospitalización Breve.

En Chile existirían antecedentes de estructuras de tratamiento llamadas Hospitales de Día desde 1965, en Temuco (Cordero, 2001; Naranjo 2001); en el Hospital Psiquiátrico de Santiago (actual Instituto Psiquiátrico), en dos periodos

¹³ Quintanilla, Erika. Sepúlveda, Rafael. Conociendo el Hospital de Día en Psiquiatría: Un recurso estratégico en Psiquiatría Comunitaria. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria y Salud Mental para la Atención Primaria de Salud. Servicio de Salud Metropolitano Sur, Complejo Asistencial Barros Luco. Santiago. Chile. 2003.





iniciados en 1972, y 1979, encabezados respectivamente por los Dres. Enrique París y Patricio Olivos y en la Clínica Psiquiátrica Universitaria, desde 1975.

El resto de los Hospitales de Día del país surge con posterioridad a 1990, y destacan entre ellos las del Servicio de Psiquiatría San Borja-Arriarán (Consultorio N°1), de Iquique y Valparaíso.

En Chile, el desarrollo y discusión de los Hospitales de Día se ha centrado, fundamentalmente, en pacientes con trastornos psiquiátricos severos y, principalmente, con esquizofrenia.

La función de los Hospitales de Día, en estos casos, es recibir a pacientes luego de una hospitalización de corta estadía, lograr la compensación del cuadro y luego derivarlos a un dispositivo de menor complejidad para su rehabilitación, destinándose un período de 3 a 4 meses para cumplir con estas funciones.

Desde Septiembre de 2001, existe un convenio de atención de pacientes con problemas por alcohol y drogas, entre CONACE- FONASA - MINSAL, el cual considera la implementación de Hospitales de Día para este tipo de problemas de salud mental, ámbito poco desarrollado en nuestro país.

Según las normas técnicas que acompañan el financiamiento, los Hospitales de Día deberían considerar un período de tratamiento y rehabilitación de 8 meses y luego, 3 meses adicionales de seguimiento, lo cual plantearía un desafío distinto a este tipo de dispositivo, al acercar su funcionamiento al trabajo realizado en Centros Diurnos o Comunidades Terapéuticas Ambulatorias¹⁴.

Sin embargo, la postura del Ministerio de Salud es evitar que los Hospitales de Día existentes se incorporen al ámbito de la rehabilitación, manteniendo sus intervenciones centradas en pacientes que vienen de hospitalizaciones de corta

¹⁴ Quintanilla, Erika. Sepúlveda, Rafael. Conociendo el Hospital de Día en Psiquiatría: Un recurso estratégico en Psiquiatría Comunitaria. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria y Salud Mental para la Atención Primaria de Salud. Servicio de Salud Metropolitano Sur, Complejo Asistencial Barros Luco. Santiago. Chile. 2003.



estadía, aquéllos descompensados o en riesgo de descompensarse y como un espacio terapéutico para re-evaluar diagnósticos, con un tiempo de permanencia en el tratamiento no mayor a 3-4 meses.

Hospital de Día de Adolescentes

Es una Unidad clínica de hospitalización parcial, de especialidad (nivel terciario), cuyas funciones son:

- a. El manejo de situaciones de crisis en aquellos adolescentes que tienen autocontrol sobre sí mismos y sobre otros y que cuentan con red de apoyo (familia o cuidador SENAME). Se realizan acciones de estudio, evaluación y confirmación diagnóstica, además de tratamiento intensivo (farmacológico y psicosocial).
- b. Continuidad del tratamiento al egreso de la hospitalización de corta y mediana estadía, para asegurar la adherencia a éste.

Para la población vulnerada en sus derechos y/o infractora de ley, las acciones clínicas deben incorporar el abordaje terapéutico con un alto despliegue de acciones comunitarias por parte del equipo, estrechamente vinculadas y articuladas con el equipo psicosocial, y/o delegado respectivo de SENAME¹⁵.

Por ello, el Hospital de Día, se constituye como una Unidad desarrollada por equipos multidisciplinarios y con una perspectiva biopsicosocial, por lo que, desde la visión del Trabajo Social, es relevante dar a conocer el ámbito de desarrollo e intervención de los profesionales en esta área.

¹⁵ Quintanilla, Erika. Sepúlveda, Rafael. Conociendo el Hospital de Día en Psiquiatría: Un recurso estratégico en Psiquiatría Comunitaria. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria y Salud Mental para la Atención Primaria de Salud. Servicio de Salud Metropolitano Sur, Complejo Asistencial Barros Luco. Santiago. Chile. 2003.



2.5. TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL

La Medicina y el Servicio Social están íntimamente relacionados y ello da lugar a que cualquier institución o programa de salud contemple al Servicio Social entre sus actividades, para colaborar en el planeamiento de los servicios de salud de acuerdo con las necesidades de la población y facilitar, de tal manera, el uso de los servicios médicos, al paciente¹⁶.

El Trabajo Social es un quehacer profesional de complemento y apoyo de las acciones médico-sanitarias, a través de programas integrados y nunca acciones aisladas del todo, que es la institución de salud, de la cual es un subsistema intermedio en su complejidad, sea éste el Ministerio o Secretaría de Salud, Coordinación Sanitaria de Salud u Hospital.

Los objetivos del Trabajo Social, por lo tanto, se insertan en los objetivos generales de la institución de salud de la que forman parte, enfocados desde el punto de vista de las necesidades y los problemas sociales. Como son tan complejos, debe ser alcanzados en forma progresiva mediante objetivos específicos, que necesariamente deben tener relación entre ellos, para poder cumplir los generales de promover, prever, recuperar y rehabilitar la salud.

Estos objetivos específicos son:

a) Aportar al equipo de salud, en el estudio de las variables socioeconómicas y culturales que inciden en la etiología, la distribución y el desarrollo de la enfermedad y sus consecuencias sociales localizando, identificando, controlando o eliminando aquellos que retardan o impiden el logro de los objetivos de la salud y a la plena utilización de los servicios, así como localizando e identificando lo que favorece su logro.

¹⁶ Mazzáfero, Vicente Enrique y colaboradores; "Medicina en Salud Pública"; Ed. El Ateneo; Buenos Aires, Argentina; 1994



b) Orientar y capacitar a los pacientes, a sus familias y a la comunidad en general, en los problemas consecuentes de la enfermedad, con el fin de que se asuman como agentes de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, aceptándola como un valor colectivo que deben preservar.

c) Participar en la formulación, la ejecución y la evaluación de políticas de salud desde el punto de vista de su competencia¹⁷.

Es necesario, además, conocer el ámbito de acción e intervención del Trabajador Social, en el área de Salud Mental, con las Familias de los pacientes de los Hospitales destinados para atenderlos.

2.5.1 TRABAJO SOCIAL Y SU ACCIÓN EN SALUD MENTAL DESDE LA INTERVENCIÓN SOCIO-FAMILIAR

El enfoque de la salud mental es mucho más amplio que el de la enfermedad mental y su tratamiento clínico. La salud mental es parte de la salud integral de las personas y se relaciona con las condiciones de vida, con las posibilidades de desarrollo afectivo, emocional, intelectual y laboral, y con la capacidad de integración al medio social y cultural. Es aquí donde el Trabajo Social se incorpora al Equipo de Salud Mental.

La práctica del Trabajador Social en la problemática infanto-juvenil obliga a intervenir interdisciplinariamente junto a médicos, psiquiatras, psicólogos, psicopedagogos y fonoaudiólogos, desde el paradigma de la protección integral y el eje del derecho a la salud, que puede ser encontrado en distintas fuentes del derecho nacional e internacional.

Es, entonces, una disciplina científica que interviene en lo social, no modifica necesidades ni satisfactores, sino que interviene en los procesos a través de los cuales los sujetos intentan defender, mejorar o transformar sus

¹⁷ Kisnerman, Natalio. "Salud Pública y Trabajo Social"; Ed. Humanitas; Buenos Aires, Argentina; 1990.



condiciones de vida, a través de la demanda y de la búsqueda general de satisfactores. (Aquín, Nora, 1996)

En esta tarea, interviene en aspectos referidos a la estructura de la familia, formas de interacción entre sus miembros, la comunicación y la distribución de roles y funciones; su historia, valores, patrones culturales, mitos y tradiciones familiares, además de los modos de relación con su contexto de desarrollo social (barrio, escuela, instituciones de salud, etc.)

La intervención del Trabajador Social permite visualizar y comprender las potencialidades y/o dificultades de la familia, para el logro de sus funciones sociales básicas: socialización, autonomía, crianza de los hijos, satisfacción de las necesidades vitales de sus miembros, contención emocional y desarrollo de la sexualidad. La intervención profesional apunta a detectar factores protectores y de vulnerabilidad social de la familia¹⁸.

Es por ello que es importante, dentro de la temática de estudio, dar a conocer estos diferentes aspectos relevantes a la hora de analizar y comprender la situación Socio-familiar, dando a conocer, en primer lugar, la Tipología familiar desde la perspectiva de su Composición.

2.6 COMPOSICIÓN FAMILIAR:

La consideración histórica sobre la realidad familiar pone de relieve la dificultad de una definición respecto a qué es una familia, ya que los diversos estudios sobre éstas adoptan variables tipológicas para definir las. Dada esta diversidad, se consideran dos criterios de clasificación: el tipo de hogar y la composición de la familia, en términos de relaciones de parentesco.

¹⁸ Ricciardi, Celeste Ivana; Zampieri, Adriana Elizabeth. Programa Prevención y Asistencia al Maltrato Infante Juvenil. "Trabajo Social en el Campo de la Salud Mental Infante Juvenil" Argentina. 2006.



La siguiente es la clasificación desde el punto de vista de la *composición de la familia*, la cual pone de relieve categorías como la parentalidad, la conyugalidad y la consanguinidad:

* *Familia nuclear*: integrada por una pareja adulta, con o sin hijos o por uno de los miembros de la pareja y sus hijos; se puede subdividir de la siguiente forma:

- a) Familia nuclear simple: integrada por una pareja sin hijos
- b) Familia nuclear biparental: integrada por el padre, la madre, con uno o más hijos.
- c) Familia nuclear monoparental: integrada por uno de los padres y uno o más hijos.

Familia extensa: integrada por una pareja o uno de sus miembros, con o sin hijos, y por otros miembros que pueden ser parientes o no parientes. Así como la familia nuclear, también la extensa se subdivide en:

- a) Familia extensa simple: integrada por una pareja sin hijos y por otros miembros, parientes o no parientes.
- b) Familia extensa biparental: integrada por el padre y la madre, con uno o más hijos, y por otros parientes.
- c) Familia extensa monoparental: integrada por uno de los miembros de la pareja, con uno o más hijos, y por otros parientes.
- d) Familia extensa amplia (o familia compuesta): integrada por una pareja o uno de los miembros de ésta, con uno o más hijos, y por otros miembros parientes y no parientes.

Por último, entre las familias biparentales se puede distinguir la *familia reconstituida*, que es aquella formada por una pareja, con o sin hijos comunes, que integra hijos de uniones conyugales anteriores, de uno o ambos miembros de la pareja.



Luego de conocer la Composición familiar, es importante señalar una perspectiva de análisis de la Familia como Sistema.

2.7 LA FAMILIA COMO SISTEMA

Hablar de familia es evocar multiplicidad de presunciones y mitos en torno a ella. De hecho, la familia es la única unidad social vinculada con todos los demás sistemas de la sociedad humana. Cada familia tiene un estilo propio de cumplir sus funciones, pero la nota definitoria común es que las relaciones en la familia se modulan por los sentimientos.

Al entender a la familia y su función primordial, vemos cómo se acrecienta su importancia en un mundo en el que, la mayoría de las relaciones humanas, tiene un sentido utilitario y la gratuidad es tan poco frecuente.

La familia se puede concebir como un sistema abierto organizacionalmente, separado del exterior por sus fronteras y estructuralmente compuesto por subsistemas, demarcados por límites con diferentes grados de permeabilidad y con diversas formas de jerarquización interna entre ellos.

Los miembros del sistema familiar organizan y regulan su interacción mediante procesos comunicativos digitales y analógicos, que definen relaciones de simetría y/o complementariedad. Dicha organización se caracteriza por las propiedades de totalidad o no sumatividad, por patrones de circularidad, y por el principio de equifinalidad.

El sistema familiar mantiene su organización mediante procesos homeostáticos (por ejemplo, mientras modifica su estructura a través de una serie de fases evolutivas), y la altera mediante procesos morfogenéticos.



El enfoque Familiar Sistémico se basa en tres fuentes principales:

- a) La Teoría General de Sistemas (Von Bertalanffy, 1954)
- b) La Cibernética (Wiener, 1948)
- c) La Teoría de la Comunicación (Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1967).
- d) Los conceptos procedentes de enfoques evolutivos (Haley, 1981)
- e) Los conceptos estructurales (Minuchin, 1974).

Este paradigma surge como contrapuesto al paradigma clásico causa-efecto, reduccionista y lineal. Postula que los organismos vivos son sistemas, y presentan como características esenciales la totalidad, la circularidad, la homeóstasis y la equifinalidad.

El enfoque sistémico, al abordarse desde una perspectiva holística, implica que el comportamiento humano no puede ser aislado y analizado desde una visión particular, sino que debe indagarse desde una óptica integral, como parte de un sub-sistema perteneciente a un sistema mayor.

Para la teoría de sistemas sociales, Niklas Luhmann plantea como tema central, la complejidad; en virtud de ello, los sistemas sociales son menos complejos que el sistema societal.

Los sistemas sociales se constituyen mediante un proceso de reducción de la complejidad del mundo. Éstos se vinculan con la contingencia (múltiples alternativas de acción que ofrece el sistema, eligiendo la más apropiada) y la selectividad (diferenciación de la elección).

Todo esto define los límites del sistema con el entorno. Los límites no son físicos, sino de sentido. Las posibilidades y la transmisión de las selecciones se llevan a cabo mediante la comunicación, en la que las personas se conectan a través de contenidos comunes y medios, como el poder, el dinero, la verdad y el amor, siendo este último de vital importancia para la vida familiar.



La familia es el subsistema de la sociedad que fortalece las relaciones íntimas y tiene como criterio de constitución el amor, permitiendo la comunicación entre el ego y el alter. Mediante la apropiación del concepto de autopoiesis, se incorporarán elementos de la fenomenología, produciéndose modificaciones teórico metodológicas.

Este enfoque presenta tres cambios en su planteamiento teórico:

- a. No se busca modificar los procesos internos del individuo, sino las interacciones en las que se encuentra comprometido.
- b. Plantea que lo decisivo en el proceso de cambio no está en el problema, sino en la naturaleza de su organización.
- c. Busca provocar cambios conductuales en la persona, en lugar de que la persona tome conciencia.

La perspectiva sistémica aplicada a la familia, implica que ésta se analiza en su totalidad, lo que la diferencia de otras perspectivas psicosociales que estudian a la familia, a través del análisis de las interacciones interpersonales entre sus miembros.

Desde la perspectiva sistémica, la familia es un sistema organizado en equilibrio dinámico con otros sistemas de su entorno. Es un holón que posee las características de otros sistemas sociales, pero diferenciado de aquéllos por los objetivos, por sus funciones y por la calidad e intensidad de los sentimientos que afectan a sus miembros.

Desde la óptica sistémica, contemplamos cómo las relaciones se dan encadenadas, de manera que cualquier acontecimiento o cambio que afecte a uno de sus miembros, tiene una repercusión inmediata en todo el grupo familiar.



Las características de los sistemas aplicados a la familia pueden explicarse de la siguiente manera:

Totalidad.- Se refiere a que la red de interacciones entre los miembros de la familia, no pueden aislarse. La conducta de los miembros de la familia está interconectada entre sí, de manera que cualquier alteración que se produzca en una conducta individual afecta al grupo en su totalidad.

Circularidad.- Cada forma de comportamiento está afectando a la respuesta de los otros, y cada comportamiento es contemplado como encajando en los otros. Describe las relaciones como recíprocas y pautadas, lo que nos lleva a la noción de secuencia de comportamientos.

Una de las consecuencias más importante de esta visión circular es que, para pensar sobre el conflicto, ya no importa tanto el 'por qué' se ha producido, sino 'qué ocurre', 'cuándo', 'dónde ocurre', 'qué hace cada uno'.

Homeóstasis o capacidad autocorrectiva y de equilibrio.- Como todo sistema, en la familia existe la tendencia a mantener la estabilidad, esto es, la tendencia a la ausencia de cambio, en un sentido morfoestático.

Morfogénesis o capacidad de transformación.- La familia es dinámica y tiene tendencia al cambio y al crecimiento. Como sistema viviente se desarrolla con el tiempo, atraviesa por estadios o etapas vitales y en cada una de ellas, en cada transición, se producen tensiones, ya que la familia debe flexibilizar sus reglas y roles para adaptarse a la nueva situación, sin, por esto, dejar de mantener una cierta estabilidad en su antigua jerarquía¹⁹.

¹⁹ Gobierno de La Rioja. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Dirección General de Servicios Sociales. Coordinación: Servicio de Planificación y Servicio de Acción Social. "La Intervención Familiar en los Servicios Sociales Comunitarios. Programa de Trabajo social y apoyo a la dinámica y estructura familiar". Edita: Consejería de Salud y Servicios Sociales. Dirección General de Servicios Sociales. C/Villamediana. Argentina. 2003.



Estas últimas características se han redefinido en algunos autores como "equilibrio dinámico", explicando el dilema de la familia, de estabilidad versus cambio.

Desde esta perspectiva, la familia es un organismo complejo constituido por un conjunto de partes que están íntimamente relacionadas, para cumplir un objetivo común que es el desarrollo psicosocial de sus miembros²⁰..

En el análisis del sistema familiar, se pueden destacar, como elemento sincrónico, la dinámica en un momento concreto y, como elemento diacrónico, el ciclo vital de la familia.

La dinámica familiar o vínculos relacionales entre los integrantes de la familia, está articulada por emociones, comunicaciones, normas y roles, lo cual se dará a conocer en el siguiente Modelo Circumplejo.

2.7.1 DINÁMICA FAMILIAR DESDE EL MODELO CIRCUMPLEJO DE OLSON, RUSSELL Y SPRENKLE

El Modelo Circumplejo de Olson, Russell y Sprenkle, facilita el diagnóstico familiar usando la perspectiva sistémica. El objetivo de este Modelo es proporcionar un instrumento de diagnóstico familiar, para los profesionales que trabajan con familia.

A través de esta tipología, es posible encontrar muchas características que constituyen los aspectos más relevantes de la familia chilena y puede anticiparnos y describirnos un conjunto de elementos necesarios, para la asertiva comprensión y evaluación diagnóstica de ésta.

²⁰ Gobierno de La Rioja. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Dirección General de Servicios Sociales. Coordinación: Servicio de Planificación y Servicio de Acción Social. "La Intervención Familiar en los Servicios Sociales Comunitarios. Programa de Trabajo social y apoyo a la dinámica y estructura familiar". Edita: Consejería de Salud y Servicios Sociales. Dirección General de Servicios Sociales. C/Villamediana. Argentina. 2003.



El Modelo Circumplejo de Olson, Russell y Sprenkle es un marco conceptual que describe y tipifica a las familias, a partir de tres variables emergentes de su comportamiento, como son: la *Adaptabilidad*, la *Cohesión* y la *Comunicación parental* como mecanismo articulador de las dos primeras.

Estas variables son especialmente significativas en la familia, ya que, entendidas desde la perspectiva sistémica, dan cuenta de cómo funciona el sistema familiar.

1era Variable del Modelo de Olson: Adaptabilidad

Establece que la adaptabilidad se centra básicamente en la habilidad del sistema familiar, para cambiar sus estructuras, roles y normas en respuesta a las exigencias que se le plantean.

Cuando se cambian las estructuras de un sistema, también se modifican o cambian los límites del sistema y se predispone a las demandas del medio externo y a las necesidades de desarrollo de sus miembros.

Los roles, que deben ser flexibles, ordenan la estructura de las relaciones de la familia. Cada persona desempeña una variedad de roles que se integran en la estructura de la familia y se refieren a la totalidad de las expectativas y normas que ésta tiene, con respecto a la posición y conducta de sus miembros.

La asignación de roles familiares se efectúa en virtud de la posición de los miembros en los subsistemas. Un concepto ligado al de los roles es el del poder en la familia.

Tradicionalmente, se han atribuido grados y formas de poder diferentes a los miembros de la pareja; mientras que el poder del padre ha derivado de sus roles intra y extrafamiliares, el poder de las mujeres ha tenido su causa en las relaciones en el interior de la familia. En la actualidad, estamos asistiendo a una



redefinición de los roles tradicionales y a una nueva distribución de poder dentro de la familia.

En relación a las Reglas o Normas, la homeóstasis de la familia se mantiene, en parte, en la medida en que los miembros se adhieren a acuerdos implícitos.

Las reglas, necesarias para cualquier estructura de relaciones, son la expresión observable de los valores de la familia y la sociedad; es decir, las reglas representan un conjunto de prescripciones de conducta que definen las relaciones y organizan la manera en que los miembros de la familia interactúan. Pueden ser explícitas, implícitas, secretas y metarreglas. Las familias funcionan con una mezcla de todas ellas.

Las reglas implícitas o explícitas, a su vez, pueden ser funcionales o, también, disfuncionales, con consecuencias, en este último caso, muy negativas para las familias. A éstas les resulta muy difícil explicitar las normas que rigen sus relaciones dado que, en parte, no están rígidamente definidas, sino que van surgiendo como resultado del delicado balance emocional, entre las necesidades de cada uno de los miembros y las de la familia como grupo.

Cada parte de la pareja aporta al comienzo de la familia, reglas "heredadas" de sus respectivas familias de origen. Durante la vida de la familia, aquéllas se van modificando y conformándose otras nuevas, como resultado de todos los conflictos, compromisos y necesidades de los miembros de la familia²¹.

Para enfrentar los desafíos tanto internos como externos, la familia dispone de dos mecanismos: La morfostasis, entendida como el patrón de resistencia a cambiar y la morfogénesis, referida al potencial para desarrollarse y crecer como

²¹ Gobierno de La Rioja. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Dirección General de Servicios Sociales. Coordinación: Servicio de Planificación y Servicio de Acción Social. "La Intervención Familiar en los Servicios Sociales Comunitarios. Programa de Trabajo social y apoyo a la dinámica y estructura familiar". Edita: Consejería de Salud y Servicios Sociales. Dirección General de Servicios Sociales. C/Villamediana. Argentina. 2003.



sistema. Sólo cuando logre una integración equilibrada entre estabilidad y cambio, la familia podrá adaptarse adecuadamente, reestructurándose según sus necesidades y manteniendo una continuidad en el tiempo.

La Adaptabilidad comprende los siguientes elementos: Liderazgo familiar, (expresado a través de la asertividad), relación de roles, control, disciplina, estilo de negociación sustentado por los miembros y reglas de relaciones.

El comportamiento que asumen estos elementos en su conjunto, permite distinguir cuatro niveles de adaptabilidad, en un continuo de alto-bajo que dan origen a diferentes tipos de familia.

Toda las familias tienen capacidad de adaptación, pero difieren en la forma como lo hacen. El grado de desarrollo de ella, está vinculado a las características de la familia y a los procesos que cada una ha desarrollado en su historia como sistema.

La familia puede pasar por distintas dimensiones de la variable adaptabilidad, durante su historia y, por lo tanto, hay períodos en que ella puede estar centrada en una mayor rigidez, alta estructuración, flexibilidad o vivir un período caótico.

A medida que los hijos crecen, es deseable que la familia pase de Estructurada a Flexible (dimensiones centrales). Los extremos (Rigidez y Caótica) son dimensiones negativas de la variable, cuando la familia se ancla en ellos (no cuando es transitorio).

- Familia Estructurada

Estas familias se caracterizan porque tienden a ser organizadas y centradas en sí mismas; todo está planificado de antemano y el liderazgo corresponde exclusivamente a los padres. Las responsabilidades están claramente definidas y



las normas básicas explicitadas. El ambiente familiar es muy protector para sus miembros; como todo está planificado se previenen, incluso, los conflictos.

- Familia Flexible

A diferencia de la anterior, ésta es bastante más democrática. Por ejemplo, el liderazgo ejercido por los padres es más distribuido que la anterior familia y por tanto, aquéllos reconocen que en algunas áreas los hijos pueden ejercer algún liderazgo.

En estas familias existe la posibilidad de cambiar la posibilidad de cambiar los planes familiares y hay también una mayor apertura a las negociaciones. En lugar de tener todo planificado, todo previsto, los padres ponen ciertos límites, en torno a lo cual se pueden planear situaciones que se pueden negociar. Estas familias también tienen valores, pero están más abiertas al mundo exterior y permiten, en algún grado, la incorporación de nuevos valores, logrando de este modo una mayor capacidad para apoyar el pensamiento autónomo de sus miembros.

- Familia Caótica

Se caracteriza por la falta de responsabilidad y porque no han sido capaces o no han sabido establecer límites familiares. En estas familias no hay normas básicas y las reglas van cambiando permanentemente, lo que le da muy poca estabilidad al sistema. Estas familias transmiten poco apoyo y seguridad a sus miembros. No existe planificación alguna y la familia va de crisis en crisis, enfrentándolas de cualquier forma.

Como la tendencia es que los problemas aumenten, habitualmente se desintegran, arrastrando un proceso bastante dañino para los hijos. Las personas que forman parte de este ambiente, generalmente pierden su centro (sentido de equilibrio) y buscan en qué apoyarse. En el caso de los niños es frecuente que



caigan en la vagancia y otras conductas antisociales como, por ejemplo, las drogas en los adolescentes.

Estas familias generan problemas de baja autoestima en los hijos, ya que al no tener éstos en qué apoyarse, les afecta la confianza en sí mismo y la seguridad personal. Estas familias no tienen valores explícitos y, por lo mismo, no hay una demanda hacia los hijos por la observancia de determinadas reglas (por el gran conflicto de la pareja).

- Familia Rígida

A diferencia de la anterior, se caracteriza por la excesiva responsabilidad de los padres. Ellos piensan que si todo no está bajo su control, las cosas no funcionan bien. El ideal de esta familia es que todos sean iguales, por lo tanto, los padres establecen sistemas de normas inflexibles que deben ser acatados rígidamente y exigen de todos los miembros, especialmente de sus hijos, total sumisión a las normas.

Frente a cualquier rebelión o discrepancia, la reacción de los padres es imponer más y/o nuevas normas. En esta familia no existe, por tanto, la discusión de los miembros; son, por lo mismo, poco auténticos, no hay alegría, no hay espontaneidad. Estas familias exigen una estricta observancia a los valores y cualquier miembro que no los comparta, es visto como amenazante y, por supuesto, se resisten a cualquier idea externa a la que se le considere así.

El problema de fondo de estos grupos es que no se puede ser distinto sin sentirse rechazado y, por tanto, los individuos se limitan en el crecimiento individual.

2da Variable del Modelo de Olson: Cohesión

Es el conjunto de toda la afectividad, intimidad y el significado, que constituyen la esencia de las relaciones familiares. Estos lazos afectivos que unen



a miembros del sistema familiar son diferentes a los establecidos en otros sistemas.

La afectividad, intimidad y significado de los lazos familiares son únicos y es por esto que se constituyen en lo más importante, en la vida de las personas. La Cohesión, entendida como los lazos o uniones emocionales que unen a los miembros de una familia, se conforma por tres elementos relacionados entre sí:

Dependencia Emocional: Ésta tiene directa relación con la frecuencia o calidad de la interacción familiar, con la voluntad de unión existente entre los miembros y el afecto expresado entre ellos.

Actividades Familiares Compartidas: Se refiere al grado de participación individual en ellas, al tiempo dedicado a la familia, al espacio físico disponible para encuentros familiares, a los amigos en común que tenga la familia y a la toma de decisiones que se puede realizar en conjunto.

Consenso Conyugal: Está estrechamente vinculado al grado de compromiso entre la pareja y a la importancia que ésta asigna al matrimonio y a la familia. El modelo establece cuatro niveles de cohesión familiar que representan un continuo de alto-bajo y que permiten clasificar y tipificar a la familia en cuatro tipos:

- Familia Aglutinada

Desde el punto de vista de la ajustabilidad, se corresponde con la Rígida. Se caracteriza porque sus miembros están excesivamente involucrados unos con otros y existe un alto grado de dependencia. Si alguno de los miembros de la familia está fuera del hogar, todos se preocupan de lo que está pasando.

El ideal de esta familia es estar siempre juntos, compartiendo todo. El grado de privacidad es mínimo. No aceptan amigos individuales de los miembros, tienen que ser amigos de todos. Al mismo tiempo, defiende a sus miembros de las



amenazas externas. Si algún miembro se pelea con alguien externo, toda la familia se venga con la persona, sin saber ni interesarse quién tiene la razón (es como una mafia). Los hijos son la prolongación de los padres y, por tanto, no existe la posibilidad de que alguien tenga una opinión autónoma.

Sus límites son muy difusos y todos saben mucho de todos. Su idea central es ser todos una sola persona. Si alguien intenta ser diferente, aunque sea en lo más mínimo, se convierte en una amenaza para el sistema familiar. Las normas son muy estrictas y si algún miembro quiere escaparse, esta familia se las arregla para atraparlo: estira un poco los límites y luego los contrae, trayendo al miembro al centro de la familia.

Los teóricos dicen que los límites de las familias Aglutinadas son como cercas que se dilatan, para permitir una breve salida del miembro y que luego se contraen, para volverlo a su centro. El problema más grave de estas familias es que se inhibe el desarrollo de sus miembros, en término de su autonomía e identidad personal.

- Familia Conectada (Unida)

Existe una moderada dependencia entre sus miembros, los límites externos son semi-abiertos y los límites generacionales son claros. En estas familias la cohabitación marital es fuerte, dan importancia al compartir juntos, pero a la vez dejan tiempo a los miembros para que desarrollen actividades independientes. El espacio familiar se distingue del espacio privado. Se privilegia el equilibrio.

En relación a los amigos, se aceptan los individuales y comparten actividades familiares y separadas. Las decisiones son más compartidas que en la familia Aglutinada y la mayoría de ellas, se toman pensando en la familia.



- Familia Independiente

Existe una moderada independencia entre sus miembros, los límites internos y externos son semi-abiertos y los límites generacionales son claros. La coalición marital es clara y otorgan igual importancia al estar juntos o separados, se mantiene el espacio privado, pero también hay algo de espacio familiar.

En cuanto a los amigos, los hay individuales y familiares sin preeminencia de unos u otros. En la toma de decisiones, priman las individuales sobre las familiares; sin embargo, tienen la capacidad para tomar decisiones familiares cuando es necesario. Predominan las actividades individuales por sobre las familiares.

- Familia Desligada (Separada)

El nivel de cohesión es mínimo. Son familias en las cuales los padres no han tenido la capacidad de conducción y de ser centro del sistema familiar. Hay muy poca intimidad entre sus miembros y estos son extremadamente individualistas y se comunican poco entre sí, aún estando juntos en casa y si lo hacen, tocan aspectos superficiales.

Los autores del modelo piensan que, este tipo de familia Desligada, puede tener su origen en el hecho de que, a veces, los padres condicionan sus expresiones de afecto al niño, a que éstos se comporten adecuadamente. Como los niños no pueden comportarse correctamente siempre, van asumiendo conductas defensivas y alejándose también de los padres, evitando la intimidad en la relación, en el fondo, por temor a ser heridos. Cada uno trata de satisfacer sus necesidades afectivas fuera del hogar y el compromiso con el sistema familiar, por parte de cada uno de los miembros, es mínimo.

En conclusión, podríamos decir que las familias funcionan mejor cuando se encuentran en las dimensiones centrales de cada una de estas variables y que no es problema si, en algún momento, se ubican en las dimensiones extremas,



siempre que sea transitorio; cuando existe fijación en los extremos, suelen comenzar los problemas en el funcionamiento familiar.

En las siguientes páginas se presentan dos cuadros, en donde se especifican las características principales que corresponden a cada uno de los tipos de familia, desde la adaptabilidad y cohesión.



Cuadro 2.1: "Adaptabilidad Familiar (Olson, Sprenkle y Russell)".

	AFIRMACIÓN	NEGOCIACIÓN	ROLES	CONTROL	REGLAS	DISCIPLINA	FEEDBACK DEL SIST.
Caótica (Muy alto)	Estilo pasivo y agresivo.	Negociaciones interminables. Poca capacidad de resolver problemas.	Dramáticos cambios de roles	No existe liderazgo	Dramáticos cambios de reglas. Muchas reglas implícitas. Reglas impuestas arbitrariamente	Laissez-faire. Mucha indulgencia	Fundamentalmente evaluación positiva. Poca evaluación negativa.
Flexible (Moderado Alto)	Generalmente asertivo	Adecuada negociación y resolución de problemas.	Fluidos cambios de roles. Roles conversados y compartidos	Igualitario con cambios fluidos	Cambios de algunas reglas. Más reglas implícitas. Y Reglas a menudo respetadas.	Democracia. Consecuencias impredecibles	Evaluación más positiva que negativa.



Estructurada (Bajo o Moderado)	Generalmente asertivo	Negociación estructurada adecuada resolución de problemas	Algunos roles compartidos.	Democrático con líder estable	Poco cambio de reglas. Más reglas explícitas que implícitas. Reglas usualmente respetadas.	Democrática estructurada adecuada resolución de problemas	Evaluación más negativa que positiva
Rígida (Muy Bajo)	Estilos pasivo y agresivo.	Negociación limitada. Pobre resolución de problemas.	Roles rígidos y estereotipados.	Liderazgo autoritario	Reglas rígidas Muchas reglas explícitas, pocas implícitas. Reglas estrictamente respetadas.	Autocrática extremadamente estricta.	Evaluación principalmente negativa. Poca evaluación positiva.

(Fuente: Elaboración a partir de Condori Ingaroca, Luis Julio. "Funcionamiento familiar y situaciones de crisis de adolescentes infractores y no infractores en Lima Metropolitana " Lima, 2002)



Cuadro 2.2: "Cohesión Familiar (Olson, Sprenkle y Russell)".

	DESLIGADAS (Muy Bajo)	INDEPENDIENTES (Bajo O Moderado)	CONECTADAS (Moderado Alto)	AGLUTINADAS (Muy Alto)
Independencia	Gran independencia de los miembros de la familia.	Moderada independencia de los miembros de la familia.	Moderada dependencia de los miembros de la familia.	Gran dependencia de los miembros de la familia.
Límites familiares	Límites externos abiertos, límites internos cerrados, límites generacionales rígidos	Límites internos y externos semi-abiertos, límites generacionales claros	Límites externos semi-abiertos, límites internos abiertos, límites generacionales claros.	Límites externos cerrados. Límites internos borrosos. Límites generacionales borrosos.



Coaliciones	Coaliciones débiles, con frecuencia un chivo expiatorio.	Coalición marital clara.	Coalición marital fuerte	Coaliciones padres – hijos.
Tiempo	Se maximiza el tiempo separado de la familia (física y/o emocionalmente)	Tiempo para estar solos y para estar juntos es importante.	Es importante el tiempo en que se está reunido. El tiempo para estar solo se permite por razones aprobadas.	Se maximiza el tiempo para estar juntos. Se permite muy poco tiempo para estar solo.
Espacio	Se maximiza la separación del espacio tanto física como emocional	Se mantiene el espacio privado: algo de espacio familiar.	Se maximiza el espacio familiar. Se maximiza el espacio privado.	Poco o ningún espacio privado en casa.
Amigos	Principalmente amigos individuales vistos en forma separada. Pocos amigos familiares	Algunos amigos individuales y algunos amigos familiares	Algunos amigos individuales. Actividades programadas con amigos de la pareja y de la familia	Pocos amigos individuales. Principalmente amigos de la pareja o de la familia vistos en conjunto.
Toma de decisiones	Fundamentalmente decisiones individuales.	La mayoría de las decisiones son individuales.	Las decisiones individuales son compartidas.	Todas las decisiones tanto personales como grupales deben ser tomadas en familia.



Interés y recreación	Principalmente actividades individuales hechas sin la familia	Hay capacidad de tomar decisiones en conjunto frente a asuntos familiares.	La mayoría de las decisiones se toman pensando en la familia.	La mayoría de todas las actividades e intereses deben ser compartidos con la familia.
		Algunas actividades familiares espontáneas; apoyo a las actividades individuales	Algunas actividades familiares programadas, la familia está implicada en el interés individual.	

(Fuente: Elaboración a partir de Condori Ingaroca, Luis Julio. "Funcionamiento familiar y situaciones de crisis de adolescentes infractores y no infractores en Lima Metropolitana " Lima, 2002)



3era Variable del Modelo de Olson: La Comunicación

Entendemos por comunicación todo tipo de intercambio de los seres vivos entre sí y con el medio ambiente (gestos, posturas, silencios, olvidos, equivocaciones...). La esencia del ser humano es comunicar; es decir, dar y recibir mensajes, interactuar.

La comunicación considera como elementos importantes, los siguientes:

- Destrezas para escuchar: Esto implica la concentración y atención a lo que se expresa.
- Empatía: Corresponde a la capacidad de ponerse en el lugar del otro.
- Capacidad para hablar de sí mismo y de otros: Relacionado con la libertad en expresar sentimientos propios y el respeto hacia la expresión de los otros.
- Apertura: Estar atentos a los mensajes de los demás, y a su vez, compartir los sentimientos, pensamientos, intereses e inquietudes.
- Asertividad: Es aquel estilo de comunicación abierto a las opiniones ajenas, dándoles la misma importancia que a las propias.

Las personas comunicamos tanto de manera digital (comunicación verbal) como analógicamente (lenguaje del cuerpo, rostro, no verbal). En las relaciones familiares, existe una predominancia del componente afectivo, razón por la cual se presenta en ellas, frecuentemente, el nivel analógico de comunicación.

Las patologías pueden radicar, precisamente, en la dificultad de traducir correctamente esa comunicación analógica, lo que origina distorsiones y problemas en la comunicación, fenómenos de comunicación paradójica y doble vínculo.

Al aspecto relacional de la comunicación que se refiere a cómo debe ser entendido el mensaje, se le denomina metacomunicación y se expresa, generalmente, mediante los gestos, la voz, las posturas, los movimientos y el contexto.



Estos aspectos califican el mensaje enviado y ofrecen una definición de la relación. Puede que el enunciado metacomunicativo sea el mensaje más importante intercambiado, con independencia de cuál sea el contenido digital de la comunicación.

La ambigüedad entre lo que se comunica y lo que se metacomunica, genera toda clase de problemas. Una clase particular de confusión entre el nivel comunicativo y metacomunicativo es la paradoja.

En una paradoja, el mensaje y el metamensaje se aluden y califican mutuamente de imposible solución. La comunicación paradójica produce situaciones de "juegos interminables" en las relaciones familiares, situaciones en las que, haga lo que haga, una persona nunca puede ganar.

El doble vínculo afectivo aparece cuando en un mensaje hay más de un nivel de comunicación y éstos son incongruentes. Las situaciones de doble vínculo, en las que una de las partes queda acorralada y expuesta, son corrientes en familias con conflictos, y aparecen cuando:

- El sujeto queda envuelto en una situación que supone una gran intensidad emocional, lo que implica la presencia de una relación en la que es de importancia vital, discriminar el tipo de mensaje que se recibe, para poder dar una respuesta adecuada.
- El sujeto queda atrapado en una relación, en la que la otra persona envía dos mensajes distintos contradictorios.
- La persona que recibe el mensaje no puede responder, bien por la incongruencia de los mensajes recibidos o bien porque se encuentra envuelta en una situación de manipulación afectiva.

Otros conceptos relevantes en la comunicación humana son la complementariedad y la simetría, es decir, todos intercambios comunicativos que se realizan son simétricos o complementarios, según se basen en la igualdad o la diferencia:



- Las relaciones son simétricas cuando la comunicación guarda una regla de relación en la que las personas se ajustan mutuamente, en un equilibrio dinámico.
- Las relaciones complementarias implican relaciones basadas en la diferencia, que pueden estar marcadas en el contexto cultural o social (madre/hijo, trabajadora social/cliente, profesor/alumno) o bien, pueden estar marcadas por el abuso y la diferencia de poder en la relación, y construir un modelo de interacción en una díada. Estas situaciones pueden dar lugar a conflictos importantes, como son:

- La escalada simétrica: surge cuando se pierde la estabilidad, dando lugar a una competición entre ambos, que puede llegar a desestructurar el sistema.

- La complementariedad rígida: se presenta cuando una relación estructurada en roles complementarios (tales como "racional" versus "emocional"), se vuelve más rígida y da lugar a una relación disfuncional, en la que uno de sus miembros debe siempre actuar de forma racional y el otro, de forma emocional.

Las formas patológicas de la comunicación se pueden enquistar en relaciones de dependencia mutua y discurrir en los "círculos viciosos". En ellos, debido a la circularidad de la comunicación y la profecía autocumplida, la disparidad acerca de cuál es la causa o el efecto es irrelevante.

En cualquier caso, lo indudable es que cada familia tiene un estilo propio de comunicación, no sólo internamente, sino, también, cuando interactúa con otros sistemas. Esto es lo que algunos autores denominan la "danza de la familia", que implica una actuación de la familia de forma redundante²².

Otro aspecto relevante de señalar, desde la perspectiva Sistémica, es el ciclo vital de la familia, que supone una serie de fases más o menos normativas que atraviesa la familia.

²² "Apoyo a la dinámica y estructura familiar". Edita: Consejería de Salud y Servicios Sociales. Dirección General de Servicios Sociales. C/Villamediana. Argentina. 2003.



2.7.2 ETAPAS DEL CICLO FAMILIAR Y DESARROLLO INDIVIDUAL

La influencia recíproca entre los procesos y tareas de desarrollo individual y los modelos y tareas de desarrollo familiar, nos fuerza a considerar a la familia, como el más potente medio para el desarrollo y el cambio.

La familia opera, al mismo tiempo, transmitiendo las expectativas sociales con respecto a la juventud y absorbiendo el impacto de los cambios sociales. Sea cual fuere el destino de la familia como institución, permanece el hecho de que el desarrollo humano no se realiza en el vacío, y que los padres no son sólo objetos de la lucha entre los sexos.

A raíz de lo anterior, podemos identificar las etapas del ciclo familiar en la tradición del ciclo de desarrollo individual de Erik Erikson. Cada etapa del ciclo de vida familiar es caracterizada por un grado expectable de crisis, ocasionada por la convergencia de los procesos biopsicosociales que generan tareas familiares específicas para cada fase, las que deben ser confrontadas, entendidas y realizadas.

El enfoque de desarrollo en este ciclo, se basa fundamentalmente en la teoría general de sistemas. La "familia" para estos términos, se entiende como nuclear con dos padres, en una variedad de status socioeconómicos, pero igualmente puede aplicarse a otro tipo de familias²³.

Intimidad versus idealización o desilusión

Esta etapa corresponde a la formación de una relación de pareja y precede a la llegada de los hijos. La mayor dificultad se encuentra en los esfuerzos para el logro de la intimidad, basándose en una percepción realista del compañero. La principal tarea de la pareja implica asumir responsabilidad por sí mismos en la relación de pareja, negociando diferencias y conflictos entre ambos.

²³ Rhodes, Sonya; Doctora en Trabajo social. Revista n° 39 de Trabajo social; Universidad Católica de Chile. "Un enfoque de desarrollo del ciclo de vida familiar". 1983



Reabastecimiento versus autoabsorción

Esta etapa se aplica a los dos años de la crianza de los niños pequeños; empieza con el nacimiento del primer hijo y termina cuando el último hijo entra al colegio.

El mayor desafío reside en el desarrollo de patrones de apoyo para todos los miembros de la familia, de modo que puedan obtener alimento, en sentido emocional, tanto los adultos como los niños. La paternidad puede dar como resultado el agotamiento de la capacidad de dar y finalmente, en la autoabsorción si no se obtiene el reabastecimiento.

La habilidad para ayudar, para estar disponible y para responder a las necesidades de los niños pequeños, depende de la existencia de recursos internos y de un ambiente acogedor y protector que proporcione oportunidades para que los adultos recuperen sus energías emocionales.

Individualización de los miembros de la familia versus organización pseudo mutua

Esta etapa se aplica a aquellas familias que han terminado los años de llegada y crianza de los niños pre-escolares. La familia debe cambiar el foco de su atención desde los asuntos familiares, a los intereses individuales.

El mayor desafío para los padres, liberados de la anterior dependencia por el crecimiento de edad de los hijos, es apoyar el logro de una identidad que no se define por los roles y responsabilidades que se tienen dentro de la familia. Es un período de gran crisis para muchas mujeres que ven disminuido su rol predominante de cuidadoras de los niños, por la independencia progresiva de su hijo menor.

El peligro en esta etapa es que la organización familiar niegue el apoyo y limite las oportunidades para el desarrollo, fuera de ella. Los hijos deben sentirse suficientemente seguros y libres para introducirse en los grupos de pares y en las instituciones de la comunidad, desarrollando allí su identidad, independientemente de su posición como miembros de la familia.



La individualización que se produce, como resultado de la expansión de la persona a otras áreas de actividad, no es posible para los miembros de las familias que tratan de defenderse del mundo no familiar. Se debe a Lynn Wynne, el concepto de familia pseudo mutua, que es aquella que preserva la armonía negando las diferencias, la que confunde la cercanía con la fusión, la que acepta sólo a los que se acomodan a los dogmas familiares.

Compañerismo versus aislamiento

En esta etapa se encuentran las familias con hijos adolescentes. Una vez más, la motivación para el cambio surge de las necesidades individuales de desarrollo de los miembros de la familia. La naciente sexualidad de los hijos y el surgimiento de los temas de la separación, despiertan intensos sentimientos en todos los miembros de la familia.

A medida que los hijos aumentan de edad, se producen mayores alteraciones en las relaciones padres-hijos, en las relaciones marido-mujer y, finalmente, en la composición familiar.

El mayor desafío para los miembros de la familia, se ubica en su capacidad para desarrollar el compañerismo, tanto dentro como fuera de la familia. Para los adolescentes, esta tarea se cumple en forma natural a través de las redes sociales de los grupos de pares.

Para los padres, en cambio, la tarea es más compleja. En primer lugar, el compañerismo debe ubicarse a través de la revitalización o renovación de la relación de pareja. El compañerismo también se expresa en el cambio de rol de los padres, desde la autoridad arbitraria a la negociación de las diferencias, a través de la acomodación mutua.

Corresponde a los padres apoyar el proceso de separación-individualización de sus hijos, manejando los conflictos y tomando decisiones en aquellos asuntos que se relacionan con la autoridad paternal, pero proporcionando al mismo tiempo una base y una oportunidad para la discusión.



La alternativa al compañerismo con los padres o con la pareja, es experimentar un doloroso aislamiento. Los padres de adolescentes que no han renovado su relación como pareja son personas que, temerosos de la inminente soledad que vislumbran a futuro, invaden las vidas de sus hijos e impiden inconscientemente su proceso natural de independencia.

Reagrupación versus atadura o expulsión

En esta etapa se encuentran las familias cuyos hijos están abandonando el hogar, para establecer sus propios hogares en forma independiente de sus padres. La familia sufre su mayor crisis enfrentando la creciente independencia de los hijos y presiones biopsicosociales tendientes a la separación. La tarea esencial es permitir la partida de los hijos, como resultado natural de su desarrollo y madurez.

La habilidad para reagruparse a nivel de las líneas generacionales y de tolerar el distanciamiento que acompaña la a separación, refleja las anteriores luchas de los miembros para lograr las diferenciaciones, sin sacrificar la intimidad. Se relaciona específicamente con la capacidad familiar para fomentar y apoyar la individualización, y con el proceso de afianzamiento de la pareja, el cual es influido por las experiencias de separación de las familias de origen.

Ayuda mutua versus inutilidad

Esta es la segunda de las etapas post parentales y la última en el ciclo familiar. La tarea mayor es desarrollar un sistema de ayuda mutua que impida la desconexión generacional y los sentimientos de inutilidad²⁴.

Las etapas de ciclo vital familiar son relevantes, entonces, en cuanto a cómo la familia se ha ido constituyendo en el tiempo y enfrenta los nuevos desafíos relacionados con el crecimiento de los hijos y su consecuente complejidad. Es por ello que, para conocer a mayor cabalidad la dinámica familiar,

²⁴ Rhodes, Sonya; Doctora en Trabajo social. Revista n° 39 de Trabajo social; Universidad Católica de Chile. "Un enfoque de desarrollo del ciclo de vida familiar". 1983



es relevante la forma en que los padres desarrollen su vínculo con los hijos y establezcan la crianza de éstos.

2.7.3 VÍNCULO Y ESTILOS DE CRIANZA FAMILIAR

Importancia del Vínculo

Las conductas de vinculación están radicadas en el programa genético, es decir, en los genes tempranos de adaptación a estímulos medioambientales. Bowlby señala la teoría del vínculo, que es algo más que la satisfacción de necesidades fisiológicas. Winnicott indica la reciprocidad de la experiencia entre madre y bebé.

Se pueden dar a conocer los siguientes tipos de vínculos:

A.- Vínculo ansioso evitativo:

- Niño duda de la disponibilidad de la madre
- Se angustia al separarse
- Limita su exploración
- Por inconsistencia parental o amenaza de abandono
- Expectativas negativas disponibilidad de los padres
- Negligencia emocional

B.- Vínculo desorganizado:

- Niño muestra conductas de desorientación, miedo, confusión, apego y desapego frente a la figura de vinculación

C.- Vínculo seguro:

- Interacción armónica entre individuo y su principal figura de apego, existiendo una sintonía, pudiendo responder a las necesidades²⁵

²⁵ Dra. Castillo, Fresia. Psiquiatra Infante juvenil Hospital Gustavo Fricke. Extracto: "Estilos de Crianza Saludable".2007.



De la forma en que el niño se vincula con su principal figura de apego, es como se vinculará en el futuro. Lo que se hace frecuentemente es:

- Ignorar las emociones del niño (negligencia emocional)
- Indiferencia: Se pierde la oportunidad de profundizar en la relación con su hijo
- Tolerancia exagerada
- Concepto liberal de educación: "no hay que reprimirlo, le aguanto todo para que no sufra y se exprese"
- Postura de mínima exigencia: "Para que no arme pataleta, le compro todo"
- Escaso respeto por las emociones del niño y expresión de emociones
- Sobreprotección

Estilos de Crianza

En relación a la crianza, el estilo parental puede definirse, según Darling y Steinberg como "una constelación de actitudes hacia el niño que, considerados conjuntamente, crean un "clima emocional" en el que se expresan las conductas de los padres. Estas conductas incluyen aquellas dirigidas a alcanzar un objetivo de socialización, es decir, las prácticas parentales, así como conductas que no se encuentran dirigidas a la consecución del objetivo de socialización, tales como gestos, cambios en el tono de voz y el lenguaje corporal o la expresión de las emociones"²⁶

De esta forma, puede darse a conocer los siguientes Estilos de crianza:

- *Padres afectuosos y restrictivos*: cariñosos, pero autoritarios

Niños dependientes y amigables, conformistas con el grupo y las normas

- *Padres hostiles y restrictivos*: críticos frente a las emociones negativas, castigan por las expresiones, método autoritario

²⁶ Buelga, Sofía; Cava, María Jesús; Lila, Marisol; Misita, Gonzalo. "Familia y Adolescencia: Un modelo de análisis e intervención psicosocial". Ed. Síntesis. Madrid, España. 2004.



Niños tímidos, baja autoestima, dificultad para relacionarse con los compañeros, con tendencia suicida.

- *Padres hostiles y permisivos*: no ofrecen guía ni ponen límites a los niños y cuando los ponen, son castigos muy severos e impulsivos

Niños propensos a expresar hostilidad y ser muy agresivos.

- *Padres entrenadores emocionales (afectuosos y tolerantes)*: usan experiencia emocional del hijo (ira, frustración, temor) como oportunidad de acercamiento; toman sentimientos de los hijos para comprender y ayudar a encontrar formas positivas de enfrentar los problemas y emociones negativas.

Niños activos, comunicativos, seguros, independientes, sociables²⁷

A raíz de lo señalado en cuanto a la composición familiar, su dinámica y los estilos de crianza de los padres, es necesario abordar aquellas situaciones o aspectos relacionados con las potencialidades o perjuicios familiares, que se contemplan en los Factores Protectores y de Riesgo.

2.7.4 FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO EN LA FAMILIA

La familia, como el principal agente socializador de los niños, comunica estilos de vida, prácticas saludables (protectoras) o patógenas (riesgosas), como también ciertas formas de resolver los problemas de salud.

La importancia del análisis de los factores protectores, tanto individuales como familiares, es central, dada su participación en la salud física y mental de los individuos. Los factores biopsicosociales que influyen sobre el estado de salud de las personas, se pueden dividir en dos grandes categorías: factores de riesgo y factores protectores.

²⁷ Dra. Castillo, Fresia. Psiquiatra Infanto juvenil Hospital Gustavo Fricke. Extracto: "Estilos de Crianza Saludable".2007.



El enfoque de factores de riesgo y factores protectores se basa en que:

- Las personas, las familias y los grupos tienen diferentes grados de posibilidad de desviarse de la salud y el bienestar.
- Las variaciones en la salud y el bienestar dependen del equilibrio existente entre esfuerzos, recursos y necesidades.
- Los factores que determinan los niveles de salud y bienestar son múltiples e interrelacionados.
- El control de los factores de riesgo, ya sea suprimiéndolos o compensándolos, disminuye la probabilidad de daño.
- El refuerzo de los factores protectores aumenta las posibilidades de una mejor salud y mayor bienestar.

Los factores biopsicosociales que influyen sobre el estado de salud de las personas, pueden ser divididos en dos grandes categorías:

Factores de riesgo: Características de las personas o de las situaciones que tienen consecuencias negativas sobre el estado de salud. Los factores de riesgo constituyen condiciones o aspectos biológicos, psicológicos y/o sociales que están estadísticamente asociados a una mayor probabilidad de morbilidad o mortalidad futura.

Son factores de riesgo para la salud, tanto en adultos como adolescentes e infantes, problemas tales como alteraciones psiquiátricas familiares, baja autoestima de los individuos y factores de personalidad.

Factores protectores: Características de las personas o de las situaciones que protegen o aminoran el efecto de estímulos nocivos o ambientales sobre el individuo. Estos factores cumplen una función beneficiosa o de protección en el estado de salud del individuo, ayudándolo a su adaptación al ambiente físico y social.

Los factores protectores son aquéllos que reducen la probabilidad de emitir conductas de riesgo o de tener consecuencias negativas, cuando se involucran en



ellas. Son factores que reducen el impacto del riesgo en la conducta del individuo y que lo motivan al logro de las tareas propias de esta etapa del desarrollo. Los procesos protectores tienen que ver con la manera cómo se enfrentan las situaciones y cambios en la vida.

Los Factores Protectores se clasifican en:

Factores protectores individuales:

- ❖ Uno de ellos es el estilo de vida. Un estilo de vida saludable constituye un importante factor protector, con lo cual nos referimos a comportamientos que disminuyen el riesgo de enfermar, como por ejemplo, un buen régimen de ejercicios, sueño y esparcimiento; el control y la evitación del abuso de sustancias como la nicotina, el alcohol, la cafeína; un adecuado control de las tensiones, y una adecuada utilización y distribución del tiempo, entre otros.
- ❖ Otra característica individual que actúa como factor protector, es la autoestima alta, entendida como el juicio personal de valía y que se expresa en las actitudes que el individuo adopta hacia sí mismo. Es tener sensación de logro y valoración frente a lo que se hace, poseer sensación de autoeficacia.
- ❖ Tener o percibir sentimientos de control sobre las situaciones, expresado en un locus de control interno, es decir, ser capaz de establecer una relación directa entre la conducta y el resultado obtenido. Este sentimiento de control aumenta el grado de tolerancia y disminuye la severidad de los efectos negativos.
- ❖ Poseer habilidades de resolución de problemas, intentando la solución de los mismos, regulando las emociones, protegiendo la autoestima y manejando las interacciones sociales. Lo importante como factor protector es desarrollar una actitud ante los problemas, que lleve a buscar, en cada caso, aquella manera de afrontarlos de la forma más realista posible, y, además, con una menor tendencia a la evitación de problemas.



- ❖ Las redes de contacto social también son un elemento protector para el ser humano; el apoyo social consiste en los recursos e información que ofrecen personas del entorno, minimizando con ello la percepción de amenaza y aumentando la sensación de control y dominio de la situación. La sensación de disponer de apoyo necesario en caso de dificultades, protege al individuo.
- ❖ Un adecuado nivel de fortaleza personal, considerando aspectos tales como grado de compromiso que se asume en lo que se inicia, la tendencia a evaluar las dificultades como un desafío, como algo que pone a prueba las capacidades y no como una amenaza, la predisposición a enfocar los problemas de forma realista y con optimismo.
- ❖ La tenencia de un sistema de valores y creencias que posibilite enfrentar con solidez y constancia las dificultades de la vida, que canalice las inquietudes y otorgue un sentido a la propia existencia.
- ❖ Las habilidades intelectuales y cognitivas, tener sentido de humor, ser una persona con menor tendencia al fatalismo, ser capaz de destinar un lugar para el placer en la vida diaria, ser querido por los amigos y poseer habilidades de relaciones interpersonales, forman parte también para los investigadores, tanto nacionales como extranjeros, de los factores de protección para el individuo.

Todos estos factores constituyen un campo de fuerza que interactúa entre sí, en forma equilibrada. Si esto se logra, se compensan los factores de riesgo y con ello se evita la aparición de conductas derivadas de éstos. Por supuesto que no tener todos estos factores presentes en su máxima intensidad, no significa que la persona esté en riesgo; lo importante es la tendencia positiva con la cual se expresan estos factores. La expresión de una tendencia negativa configuraría un perfil de riesgo.

Según Rutter, un mismo factor, dependiendo de las circunstancias y el grado en que se presente, puede ser de riesgo o protección. Y añade que el haber



tenido gradual exposición al riesgo, posibilita a responder en forma efectiva, buscando alternativas de solución constructivas y crecedoras.

Se ha demostrado en múltiples investigaciones, la influencia fuertemente protectora de factores familiares, tales como buenas relaciones al interior del grupo familiar, confianza entre los adolescentes y sus padres, el nivel de escolaridad de estos últimos, la estabilidad y satisfacción laboral, pero, por supuesto, con distinto nivel de beneficio cada uno de ellos. Por lo tanto, deben ser tomados en cuenta como una fortaleza y apoyo hacia los miembros de la familia, su salud y su desarrollo, componentes importantes de los estilos de vida saludable.

La familia como factor protector, entendiéndola como un sistema que interactúa con su medio y considerándola, además, como elemento intermedio entre el individuo y la sociedad, es un grupo que realiza actividades vitales que, hasta el momento, otros grupos no han desarrollado tan eficazmente.

Para el desarrollo del funcionamiento familiar y, con ello, la protección, el sistema familiar requiere de:

- Una comunicación adecuada entre sus miembros, ya que la congruencia entre el lenguaje verbal y no verbal es básica para el desarrollo y equilibrio emocional de ellos.
- La afectividad, pues la expresión de cariño es el instrumento de intercambio especialmente en momentos de crisis. Una familia protectora constituye un núcleo donde se da lugar a la ternura y a la reciprocidad afectiva.
- El apoyo, ya sea económico o afectivo, pues suele solucionar desequilibrios y momentos de conflicto de crisis individual o familiar.
- Adaptabilidad a los cambios, puesto que, debido a transiciones en el ciclo de vida individual o familiar; las relaciones de la familia con el entorno social, educativo y laboral precisa de una entrenada capacidad de adaptación de respuesta.



- La autonomía necesaria para favorecer el crecimiento y maduración de sus miembros, en un equilibrio de dependencia versus independencia, tanto al interior del grupo familiar como con el ecosistema.

- Reglas y normas, que aún cuando no estén escritas, son conocidas por todos los miembros, ya que les permite mantener con orden y armonía el comportamiento de sus integrantes. Las normas, a su vez, permiten identificar el rol y función de cada uno en la familia.

Factores protectores familiares:

- ❖ Tener un mayor nivel socioeconómico.
- ❖ Tener una relación emocional estable con uno de los padres u otro significativo (puede ser incluso un profesor o un amigo).
- ❖ Ver en los padres a dos adultos competentes y estimuladores.
- ❖ La ausencia de separación o pérdidas tempranas en la familia.
- ❖ Los rituales o rutinas familiares, entendiendo como tal los patrones o hábitos de conducta que las familias desarrollan en su vida diaria. Muchas veces corresponden a tradiciones que la familia hereda. Esto da a los integrantes de la familia un sentido de identidad, pertenencia y estabilidad. Además favorece la comunicación y relación entre ellos.

No hay duda de que el conocimiento de los factores protectores y su mecanismo de interacción, radica en la posibilidad que brindan de contrarrestar o reducir el impacto del riesgo, permitiendo con esto que los integrantes de la familia logren una mejor calidad de vida.



Factores Protectores Sociales:

La Red Social de apoyo es un grupo de personas, miembros de una familia, vecinos, amigos y otras personas o instituciones, capaces de aportar una ayuda y un apoyo tan reales como duraderos, a un individuo o una familia (Elkaim, 198; Chadi, 2000)

La familia desarrolla una dinámica dentro de un ámbito interior, pero paralelamente recibe constantes influencias de los sectores externos a ella; se encuentra en constante interfase, por un lado con su contexto, la sociedad de la que uno es miembro y, por otro, con los individuos que integran su propia estructura. (Díaz, 1987; Chadi, 2000)

Los Factores Protectores Sociales se pueden dividir en:

- ❖ Apoyo social (emocional, material, informativo, entrega de valores, etc.)
- ❖ Mejores redes de relaciones informales.
- ❖ Clima educacional y/o laboral emocionalmente positivo, abierto y guiado por normas.
- ❖ Modelos sociales (por ejemplo parientes, amigos o profesores) que fortalezcan y estimulen un enfrentamiento constructivo del individuo²⁸.

A mayor cantidad de factores de riesgo presentes en la familia, existiría mayor probabilidad de experimentar disfuncionalidad familiar, lo que repercute en el desarrollo biopsicosocial de cada uno de los miembros, alterando, además, la relación de éstos con su entorno social.

El desarrollo holístico del ser humano involucra no sólo aspectos fisiológicos sino, además, aspectos que están relacionados con la conducta. La

²⁸ Hidalgo, C. y Carrasco, E. Salud Familiar: Un modelo de Atención Integral en APS: "Factores de protectores y riesgo familiar". Chile. 1999.



mayoría de las veces se nace con buena salud y se enferma como resultado de una conducta inadecuada, las cuales se adoptan y surgen de acuerdo a experiencias de vida, principalmente las que se dan en la familia.

El bienestar biopsicosocial de cada uno de los integrantes de la familia se garantiza a partir de la satisfacción de las necesidades básicas; cuando éstas no son satisfechas, reflejan el resultado de una conducta familiar caracterizada por la despreocupación y el desamparo de sus miembros.

Desde esta perspectiva es importante señalar, dada la temática central del Seminario de Título, la forma en que la familia reacciona, no sólo frente a situaciones "normales" como se mencionó en las etapas de ciclo vital, sino ante aquellas eventualidades, como las problemáticas relacionadas con la salud mental, que no sólo viven las familias en relación al paciente del Hospital Diurno, sino en relación a aquéllas que pueden ir arrastrando en el tiempo, a raíz de situaciones similares presentadas por otros familiares.

2.8 HISTORIA DE SALUD MENTAL Y ESTRÉS FAMILIAR

La familia es un sistema activo que se afecta por todo tipo de tensión, originada fuera y dentro de la familia; frente a estos eventos, se impone un proceso de adaptación o de transformación de las interacciones y de las reglas familiares, capaces de mantener, por un lado, la continuidad de la familia y, por otro, permitir el crecimiento de sus miembros.

Este aspecto es sumamente importante para establecer el estrés actual de la familia, frente a los eventos normales de la vida diaria, como también frente a aquellos problemas que son inesperados y aquellas situaciones que se vienen arrastrando durante el tiempo, y que pueden dejar huella en la familia. De esta forma se puede establecer si existen o no, conductas repetitivas en el tiempo, tales como historiales de problemas de salud mental.

Tal como lo señalan Diana Guelar y Rosina Crispo, "cuando se investigan casos de chicos que están deprimidos, se descubre en un número importante de



ellos, una historia familiar de depresión: un padre, una madre, algún abuelo o tío directo con antecedentes depresivos"²⁹.

A lo anterior se agrega lo establecido por McCubbin y Patterson, quienes señalan que el estrés familiar "Determina los estresores familiares y en qué magnitud operan; cuáles son los mediadores personales, familiares y comunitarios de los recursos y respuestas de enfrentamiento, y qué proceso familiar se produce y facilita el ajuste y la adaptación familiar a través del tiempo" .

- Tipos de estresores

Estresores Normativos (asociados al ciclo vital, son predecibles): La familia progresa a través de una serie de etapas o puntos nodales en su desarrollo. En cada punto nodal del ciclo vital, la familia se reorganiza con el fin de acceder con éxito a la siguiente fase.

La familia debe cumplir la tarea de sincronizar dos movimientos antagónicos:

- La tendencia del sistema hacia la unidad
- La facilitación de la diferenciación y la autonomía de sus miembros.

La pérdida de equilibrio que genera este nuevo punto de transición, puede impulsar un movimiento que favorezca el crecimiento familiar o estancar, temporalmente, el desarrollo familiar.

Estresores no normativos: La familia está condicionada a vivir eventos estresantes inesperados, tales como crisis económicas, muerte repentina o enfermedad crónica de alguno de sus miembros. Este tipo de estresor puede ser negativo como también positivo; lo importante es el manejo que haga la familia al respecto, lo cual dependerá de la percepción que presente esta última³⁰.

²⁹ Crispo, Rosina; Guelar, Diana. "La adolescencia: Manual de supervivencia, Tiempo de padres". Ed. Gedisa. Barcelona, España. 2002.

³⁰ Buelga, Soffá; Cava, María Jesús; Lila, Marisol; Misita, Gonzalo. "Familia y Adolescencia: Un modelo de análisis e intervención psicosocial". Ed. Síntesis. Madrid, España. 2004.



- Acumulación de estrés

Se define como la suma de estresores normativos y no normativos, además de las tensiones intrafamiliares que están impactando, simultáneamente, en el sistema familiar.

Una familia que debe afrontar un estresor como una transición en su ciclo vital, puede tener más dificultades para adaptarse a otro; si los recursos están agotados por haber enfrentado otros estresores, los miembros de la familia puede ser incapaces de hacer posteriores ajustes, para afrontar con éxito nuevos estresores sociales adicionales.

Los cambios en la vida familiar son aditivos y en algún punto alcanzan el límite de la familia, para adaptarse a ellos. Por tanto, las familias que deben afrontar nuevos eventos estresores sin haber solucionado los anteriores, tienden a estar en mayor desequilibrio que las que han controlado, adecuadamente, los anteriores.

- Estrategia de afrontamiento:

Se refiere a la definición que hace la familia de la severidad del estresor experimentado y de sus demandas adicionales. Este enfoque dirige el interés hacia los procesos de control, más que a las relaciones deterministas. La atención hacia ellos, se dirige a la medida en que la definición de estresor influye en los diferentes procesos del sistema como organización familiar, comunicación familiar y autoestima³¹.

Las familias tienden a manejar las situaciones estresantes con más éxito, cuando las definen de manera optimista y proactiva. Es por ello que resulta relevante conocer la percepción familiar, frente al estresor que supone que uno de sus miembros atraviese, por alguna enfermedad psiquiátrica.

³¹ Buelga, Sofía; Cava, María Jesús; Lila, Marisol; Misita, Gonzalo. "Familia y Adolescencia: Un modelo de análisis e intervención psicosocial". Ed. Síntesis. Madrid, España. 2004.



2.9. PERCEPCIÓN DEL TRATAMIENTO DESDE LA PERSPECTIVA INDIVIDUAL Y FAMILIAR

El concepto de percepción proviene del término latino *perceptio* y se refiere a la acción y efecto de percibir (recibir por uno de los sentidos, las imágenes, impresiones o sensaciones externas, o comprender y conocer algo).

La percepción puede hacer referencia a un conocimiento, a una idea o a la sensación interior que resulta de una impresión material, hecha en nuestros sentidos.

El proceso de la percepción es de carácter inferencial y constructivo: la representación interna de lo que acontece en el exterior, surge a modo de hipótesis. La información que llega a los receptores, se analiza de forma paulatina junto a aquella que viene de la memoria y que ayuda a la interpretación y a la formación de la representación.

Mediante la percepción, la información es procesada y se logra formar la idea de un sólo objeto. Esto quiere decir que es posible sentir distintas cualidades de un mismo objeto y unirlas a través de la percepción, para determinar que es un único objeto³².

Por otra parte, la percepción se puede comprender como el proceso, mediante el cual, la conciencia integra los estímulos sensoriales sobre objetos, hechos o situaciones y los transforma en experiencia útil.

En el presente Seminario de Título, esta percepción se relacionará con la problemática de Salud Mental en sí y su consecuente Tratamiento, llevado a cabo dentro del Hospital Diurno Infanto-juvenil de Viña del Mar.

³² Definición de Percepción social. <http://definicion.de/percepcion-social>. Revisado el 26/03/2009.



**II PARTE:
FUNDAMENTACIÓN Y DISEÑO DE LA
INVESTIGACIÓN**



CONSIDERACIONES PRELIMINARES

En este apartado, se presenta la Segunda parte de esta Investigación, que consta del Capítulo 3 de la misma, en la que se da cuenta de la Fundamentación y Propósitos de la investigación que se llevó a cabo, con el fin de dar a conocer los principales ejes en los cuales se indagó y trabajó, en el presente Seminario de Título.

Por otra parte, en el Capítulo 4 se constituye la Metodología de la Investigación, que la establece como un estudio descriptivo, cuyo principal objetivo es indagar y conocer las características principales de las familias de los pacientes del Hospital Diurno Infanto-juvenil de Viña del Mar, estableciendo la unidad de análisis y dando a conocer los instrumentos que se encontraron más acordes de utilizar, para la recolección de datos de la Investigación.



CAPÍTULO 3

FUNDAMENTACIÓN Y PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DELIMITACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

En cuanto a la delimitación del problema, el respectivo Seminario de Título se basa en el *"Desconocimiento de los factores que influirían en la adherencia al tratamiento de los pacientes del Hospital Diurno Salud Mental Infanto-juvenil de Viña del Mar"*. Por ello, se indagará en el contexto Socio-familiar, en la Historia de Salud Mental, en los Factores Protectores y de Riesgo, para luego dar a conocer la Percepción de los involucrados en relación al tratamiento.

En cuanto a la solución de los problemas de salud mental, ésta se constituye, indiscutiblemente, en una tarea cada vez más importante de la salud pública en el mundo. Se calcula que 450 millones de personas sufren actualmente de trastornos mentales.

El impacto de este tipo de enfermedades, tanto para la persona afectada como para sus familiares y la sociedad en general, es muy alto, no sólo en términos emocionales, sino también financieros. Se calcula que el gasto ocasionado por estos trastornos puede equivaler a 3-4% del producto nacional bruto de los países desarrollados.

El plan aplicado en el año 2000, reflejaba las principales líneas de acción propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su *Informe sobre la salud en el mundo*. Entre esas líneas de acción se encuentran el desarrollo de servicios comunitarios de salud mental, la integración de la atención de salud mental en los servicios de salud generales y la creación de vínculos intersectoriales.

Estos programas tienen un enfoque biopsicosocial y dan prioridad a las acciones preventivas y de intervención temprana, dirigidas a mejorar la calidad de



la atención, con la participación activa de los usuarios, sus familiares y organizaciones locales³³.

Dentro de las recomendaciones de organismos sanitarios internacionales sobre salud mental Infanto-juvenil, se señala a ésta, como una preocupación primordial en el desarrollo de programas de prevención e intervención en todo el mundo.

La OMS celebró el 10 de Octubre de 2003, el Día Mundial de la Salud Mental, dedicado a los niños y adolescentes, buscando concentrar la atención mundial en la identificación, tratamiento y prevención de los trastornos emocionales y de conducta, que puede presentar alrededor del 20% de la población mundial entre 0 y 17 años.

Durante la última década, se han registrado modificaciones sustantivas en los diversos sectores que comprenden las políticas públicas, dirigidas a la infancia y la adolescencia: en Justicia, podemos consignar la Ley de Filiación (Ley N° 19.585, 1998), las modificaciones a la Ley de Adopción (Ministerio de Justicia, 2003), la Ley sobre Delitos de Explotación Sexual Comercial (Ley N° 19.927, 2004), junto con la recientemente aprobada Ley de Responsabilidad Penal Juvenil (Ley N° 20.084, 2005).

En materia de Educación, destaca la ley que consagra los 12 años de escolaridad obligatoria (Ley N° 19.876, 2003), además del establecimiento de la Jornada Escolar Completa (Ley N° 19.979, 2004) para los niños asistentes a establecimientos educacionales municipalizados y particulares subvencionados.

³³ Minoletti, Alberto y Zaccaria, Alessandra. Temas de actualidad. "Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia". Chile. 2005.



En Salud, junto a la entrada en vigencia de la Ley 19.966, conocida como Ley Auge (2004), sobresalen los exitosos indicadores en materia de mortalidad infantil, neonatal y materna (MIDEPLAN, 2007).

Desde el momento en que el Estado de Chile ratifica la Convención sobre los Derechos del Niño (1990), se torna una exigencia asumir el principio de integralidad de estos derechos, esto es, la necesidad de que la aplicación de las políticas públicas se dé en forma coordinada, flexible y considerando la diversidad de necesidades de los niños y sus familias (MIDEPLAN, 2007).

Las anteriores representan diversas políticas públicas, que buscan converger de acuerdo al principio de integralidad. En esa línea pretende avanzar el Consejo Asesor Presidencial, para la Reforma de las Políticas de Infancia, que en el año 2006 entregó el informe final de su trabajo, a la Presidenta de la República, Michelle Bachelet. En dicho documento, a partir de un diagnóstico hecho, el Consejo elaboró una propuesta de políticas y programas que coordinan y orientan los esfuerzos públicos y privados, hacia el objetivo de asegurar a todas las niñas y niños de Chile, un proceso de desarrollo pleno y equilibrado durante sus primeros años de vida³⁴.

Por otra parte, si entendemos *salud mental en el niño y adolescente* como la "Capacidad del individuo, los grupos y el ambiente de interactuar entre sí, de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo óptimo y uso de las facultades mentales individuales y colectivas, consistentes con los derechos de las personas, la justicia y el bien común", es que valoramos la importancia que tiene la familia como agente o factor relevante en relación a la misma³⁵.

³⁴ Abarzúa, Marianella; González, Marta. "Salud mental infanto-juvenil como problemática pública". Revista de Psicología, Vol. XVI, N°2. Chile. 2007.

³⁵ Dra. Castillo, Fresia. Psiquiatra Infanto juvenil Hospital Gustavo Fricke. Extracto: "Estilos de Crianza Saludable".2007.



Las características globales o específicas de la familia, pueden ser consideradas como factor causante o condicionante de las alteraciones de la salud, o como agentes protectores de la misma.

Los miembros de una familia comparten, a menudo, factores de riesgo y un enfoque hacia ella permite una intervención eficaz, para cambiar los estilos de vida malsanos. Los estudios sobre la enfermedad crónica indican que la disfunción familiar está asociada con un pronóstico desfavorable.

La enfermedad mental no puede pensarse como responsabilidad del enfermo; ella se presenta como una dolencia humana, vinculada con cambios sociales, en cuanto a causas, manifestaciones clínicas y reacciones que provoca. Es una denuncia de que algo está mal, no sólo en el sujeto que la padece, sino también en todo lo que se relaciona con él y de lo que el paciente depende, porque no puede auto-valerse; por eso, es imposible tratar al paciente sin considerar a su familia, con su historia y relaciones.

El trabajo y las investigaciones con las familias, han permitido cambiar el concepto de enfermedad mental como "una anomalía o desadaptación de un miembro determinado" por la idea de "problemas en el sistema de intercambio familiar". La "locura" denuncia que algo anda mal, y si eso no es solamente algo propio del sujeto que la presenta, tiene que ver con el marco humano y relacional. El paciente psiquiátrico es el portavoz del sistema que lo contiene; por esto, intervenir al paciente separado de su familia, es tan inútil como ignorar el proceso histórico-social que llevó a la situación de consulta.

El compromiso y apoyo familiar depende a veces de la edad y sexo del paciente. En el caso de los niños, la familia se involucra más en el tratamiento, que cuando el consultante es adulto.

Por otra parte, la familia del paciente se presenta fracturada entre los sanos y el enfermo, aceptando con mayor facilidad un diagnóstico de una enfermedad física, aunque el pronóstico sea grave, que el diagnóstico de una enfermedad



mental, especialmente si no puede recibir explicaciones completas de origen, causas y consecuencias³⁶.

Además de lo expuesto y debido a la importancia de este tema a nivel Institucional, nuestro estudio está enfocado al área socio-familiar, ya que uno de los objetivos generales del Hospital Diurno de Viña del Mar es "Proporcionar a los pacientes en modalidad de hospitalización diurna, un tratamiento especializado y multidisciplinario: Médico, farmacológico, psicológico, ocupacional y social, ofreciendo, de este modo, un tratamiento de carácter integral e intensivo".

Entre los objetivos específicos de la Institución, destaca la evaluación socio-familiar, la cual permite reunir antecedentes y elementos que pudieran aportar a la precisión diagnóstica, junto con mejorar adherencia al tratamiento. Este punto tiene relación concreta con nuestro estudio, ya que señala la importancia de la familia dentro del tratamiento y la consecuente adherencia a éste.

Los profesionales del Hospital Diurno Infanto-juvenil de Viña del Mar, han observado que el contexto familiar perjudica, muchas veces, la adherencia al tratamiento de los pacientes. Como comenta la Asistente Social del Hospital Diurno Infanto-juvenil de Viña del Mar, *Cecilia Peruzzi*: "*las familias muchas veces hacen caso omiso a las indicaciones de los profesionales; medicamentan de manera inadecuada y sin indicación médica a los niños en tratamiento*".

Por otro lado, los padres no dimensionan la problemática del niño en tratamiento y le bajan el perfil; no ven como un problema grave la patología psiquiátrica, ya que no implica, directamente, un riesgo vital para ellos.

El perfil que los profesionales tienen de los padres es que, en su mayoría, se caracterizan por tener actitudes agresivas, ser obstaculizadores, cuestionadores y, por sobre todo, presentar pautas de crianza inadecuada, además de existir dificultades de generar una alianza y confianza entre las familias

³⁶ Casamayor, Adriana; Marchesoni, Cristina. "Salud mental infanto-juvenil: Abordaje grupal desde el Trabajo social". Ed. Espacio. Buenos Aires, Argentina. 2005.



y los profesionales. Por ello, se propone establecer los factores socio-familiares que influirían en la adherencia al tratamiento y la forma en que estos factores determinan que se permanezca en él.

Junto con lo anterior, cabe mencionar el hecho de la falta de recursos y tiempo necesario para poder trabajar directamente con las familias dentro del Hospital y justamente *"el éxito del tratamiento se concentra en la familia"*.

Por otra parte, dentro de lo que compete a este estudio, resulta pertinente señalar los factores que afectan el cumplimiento del tratamiento, según Haynes y Col (1979):

- a) *Factores del paciente*: edad, raza, sexo, grupo social, situación laboral, nivel de educación, factores económicos.
- b) *Factores del régimen terapéutico*: complejidad de las pautas terapéuticas, efectos secundarios, costos, duración del tratamiento.
- c) *Factores de la comunidad*: implicación de la familia, conocimientos generales de salud, conflicto entre las normas sociales y la conducta a seguir³⁷.

Finalmente, el tema a abordar surge, como mencionamos, por necesidad de la misma Institución y debido a los objetivos que ésta pretende alcanzar. Por ello, al finalizar este estudio, se pretende establecer sugerencias en las áreas señaladas, a fin de generar una visión más profunda de los usuarios y sus familias, mejorar la intervención, y con ello, la adherencia al tratamiento.

A continuación, se dan a conocer los Objetivos en los cuales se enmarca el presente Estudio.

³⁷ Cirici, Roser. "La adherencia al tratamiento de los pacientes psicóticos". Revista Psiquiatría Facultad de Medicina Barna. Barcelona. España. 2002.



3.2 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Objetivo General

"Describir los factores Socio-familiares que influirían en la Adherencia al tratamiento de los Pacientes del Hospital Diurno Infanto-juvenil de Viña del Mar"

Objetivos Específicos

- Describir el Contexto Socio-familiar, el Historial de salud mental y los Factores protectores y de riesgo de los Pacientes del Hospital Diurno Infanto-juvenil de Viña del Mar.

Este objetivo se plantea con el fin de ahondar en el Contexto familiar de la población estudiada y, por ende, obtener una panorámica respecto a las características relativas a la composición familiar, las dinámicas internas de los integrantes, los antecedentes de Salud Mental existentes y el manejo y afrontamiento que han sostenido las familias, frente a la patología del paciente. Todo ello permitiría evaluar el grado de relación e influencia que mantendrían las características socio-familiares, frente a la Adherencia al tratamiento.

- Describir las diferentes percepciones que tienen las Familias de los Pacientes del Hospital Diurno Infanto-juvenil de Viña del Mar, en relación al tratamiento.

La finalidad de este objetivo, apunta a identificar la perspectiva que manifiestan los sujetos de estudio, en todo lo relativo al grado de compromiso desarrollado durante el tratamiento, el manejo que mantiene el grupo familiar respecto a la patología del paciente y su nivel de satisfacción como usuarios, todo lo cual es considerado un aspecto relevante para la presente investigación.

En relación a los objetivos mencionados, se da cuenta, a continuación, de la Operacionalización de las Variables que surgen de ellos.



3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Las variables de investigación surgen a partir de los objetivos de este estudio, razón por la cual se darán a conocer cada una de ellas, para luego, a través de una tabla, establecer las dimensiones y subdimensiones con sus correspondientes indicadores.

1era Variable

FACTORES SOCIOFAMILIARES: *"Se refiere a aquellas características que posee la familia en su organización interna y estilo de relaciones familiares. Contempla el tipo de familia desde su composición, la dinámica familiar, los estilos de crianza y los factores protectores que presentan las familias de los pacientes del Hospital Diurno Infanto-juvenil de Viña del Mar".*

CUADRO 3.1: "Variable: Factores Socio-familiares"

DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	INDICADOR
CONTEXTO SOCIO-FAMILIAR	<ul style="list-style-type: none"> Tipo de familia 	<u>Familia Nuclear:</u> Familia Nuclear simple Familia Nuclear biparental Familia Nuclear monoparental <u>Familia Extensa:</u> Familia Extensa simple Familia Extensa biparental Familia Extensa monoparental Familia Extensa amplia (o familia compuesta) <u>Familia reconstituida</u>
	<ul style="list-style-type: none"> Dinámica familiar desde la Adaptabilidad 	-Familias Caóticas -Familias Rígidas -Familias Flexibles -Familias Estructuradas



	<ul style="list-style-type: none"> • Dinámica familiar desde la Cohesión • Dinámica familiar desde la Comunicación 	<ul style="list-style-type: none"> -Familias Aglutinadas -Familias Desligadas -Familias Independientes -Familias Conectadas -Mensajes congruentes -Libertad en la expresión de sentimientos -Relaciones familiares claras
	<ul style="list-style-type: none"> • Estilos de crianza 	<ul style="list-style-type: none"> -Padres afectuosos y restrictivos -Padres hostiles y restrictivos -Padres hostiles y permisivos -Padres entrenadores emocionales
FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO	<ul style="list-style-type: none"> • Personales • Familiares y Sociales 	<ul style="list-style-type: none"> -Estado de ánimo de los pacientes -Relación de los pacientes con otras personas -Forma de resolver los problemas por parte del paciente -Personas que comparten con el paciente -Ingresos del grupo familiar -Escolaridad de los integrantes de la familia -Actividades Extra-familiares -Redes sociales a las que se vincula la familia
HISTORIA DE SALUD MENTAL FAMILIAR	<ul style="list-style-type: none"> • Estrés familiar • Estrategias de afrontamiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Estresores no normativos -Acumulación de estrés -Ajuste y adaptabilidad familiar.

(Elaborado por Equipo Seminarista)



2da Variable

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: "Se entenderá como la forma en que la familia observa, reacciona y comprende el tratamiento, cómo lo evalúa y le otorga importancia, así como también lo que opina acerca de los profesionales que otorgan el tratamiento".

CUADRO 3.2: "Variable: Percepción individual y familiar del Tratamiento"

DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	INDICADOR
PERCEPCIÓN INDIVIDUAL Y FAMILIAR DEL TRATAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> Nivel de satisfacción en relación al tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> -Opinión respecto al tratamiento desde la perspectiva familiar e individual del paciente. -Compromiso de la familia frente al tratamiento. -Opinión de las familias y los pacientes en relación a la disposición de los profesionales del Hospital

(Elaborado por Equipo Seminarista)

A partir de los objetivos de Investigación y la consecuente operacionalización de variables, surgen las Hipótesis de este Estudio, de las que se dan cuenta a continuación.

3.4 HIPÓTESIS

- Los factores socio-familiares que influirían en la adherencia al tratamiento serían el tipo de familia, su dinámica, su historial de salud mental, junto con sus factores protectores y de riesgo.
- Las familias participativas, cooperativas y comprometidas propiciarían la adherencia al tratamiento.





- De la percepción que desarrolle la familia frente al tratamiento, dependerá su nivel de adherencia.

A partir de lo expuesto, se procede a dar a conocer el siguiente Capítulo, que establece el Diseño de la Investigación.

CAPÍTULO 4:

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio, de acuerdo a los objetivos planteados, se establecerá como una *Investigación* de tipo *Descriptiva*, ya que pretende especificar y describir cómo se presentan determinadas variables en los sujetos de estudios, asociado a la posibilidad de derivar relaciones básicas entre las mismas.

Por otra parte, dicha investigación se refiere a aquellos hechos que, por su particular forma de presentarse, son de interés tanto para quienes investigan como para la Institución que les patrocina.

Lo fundamental en este tipo de investigación, es caracterizar el problema estudiado, por lo tanto, en la presente investigación, se focalizará la atención en los factores socio-familiares de la forma más amplia y completa posible, a fin de establecer su relación frente a la adherencia al tratamiento de las familias en estudio.

En la siguiente página, se presentará un Esquema que hace referencia a los pasos desarrollados y aquéllos a alcanzar en la Investigación Descriptiva:



Esquema 4.1: "Fases de la Investigación"



(Elaborado por Equipo Seminarista)



4.1.2 UNIDAD DE ANÁLISIS

De acuerdo a la información entregada por el Hospital Diurno Salud Mental Infanto-juvenil de Viña del Mar, el total de pacientes atendidos mensualmente equivale a alrededor de 26 cupos, donde son clasificados como pacientes Ambulatorios u Hospitalizados, según la gravedad de la patología.

Cabe destacar que, gran parte de los sujetos de estudios, proviene de distintas zonas geográficas, muchos de ellos de fuera de Viña del Mar y procedente de sectores rurales. La mayor parte de las familias se clasifican en el estrato socio-económico medio, aunque se encuentra casos con vulnerabilidad económica. Por último, algunos pacientes ya presentan antecedentes de historial de salud mental dentro de la familia.

En cuanto al universo de estudio, estará constituido por la totalidad de Pacientes Hospitalizados en el Hospital Diurno de Salud Mental Infanto-juvenil, junto a sus respectivas familias, correspondientes principalmente al año 2009. Sin embargo, se considerarán además, aquellos pacientes que desde el año 2007 al 2009 permanecieron en Hospitalización Diurna, ya que estos casos, en particular, serán regidos bajo el criterio de antigüedad del tratamiento.

La población total se limita a 30 personas respectivamente, de la cual 15 corresponden a los niños/as hospitalizados, cuyas edades fluctúan entre los 8 a 18 años de edad, y el resto de la población corresponde a las 15 familias de los pacientes. Durante la aplicación del instrumento, se considerará familiar a un pariente o persona a cargo del cuidado del paciente.

Esta estimación es el resultante del cálculo realizado con el número total de pacientes hospitalizados seleccionados, que viven junto a su familia, ya que 5 usuarios pertenecen a hogares institucionalizados, por lo tanto se hace imposible su estudio socio-familiar.

Por último, atendiendo al reducido tamaño del colectivo, se trabajará con la totalidad de éste, no existiendo por tanto, un diseño muestral de la investigación.



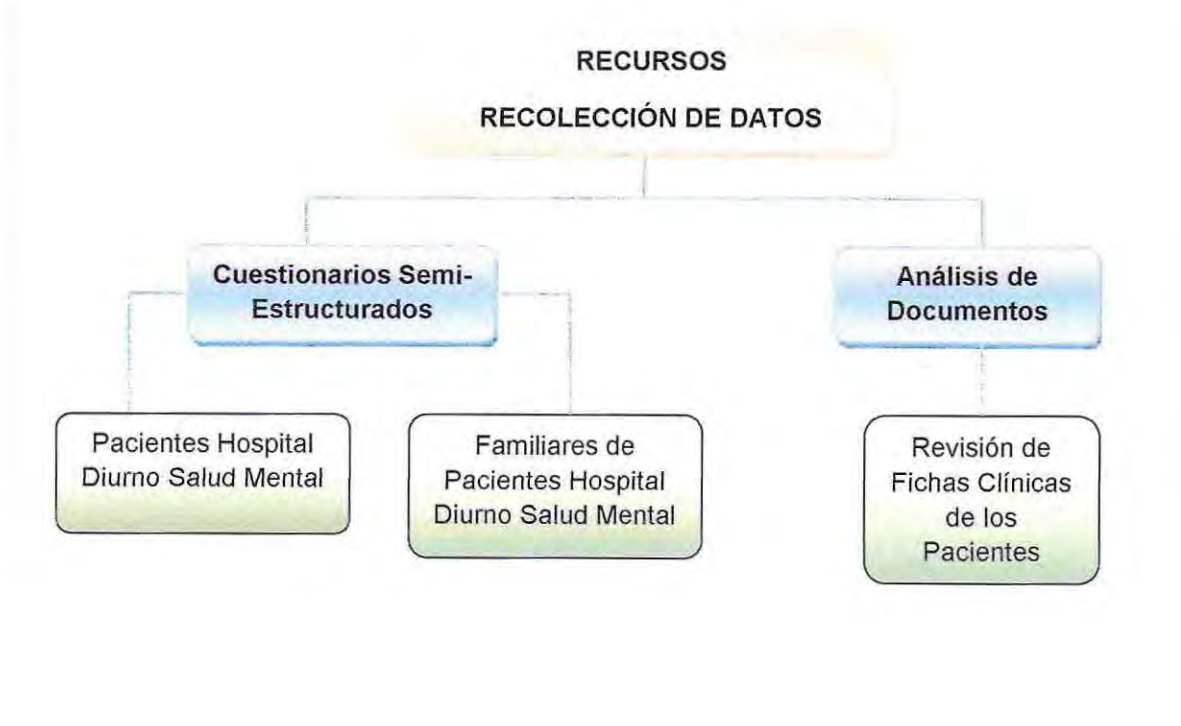
A partir de ello, se dan a conocer las Técnicas e Instrumentos de Investigación que dan cuenta de la manera en que se realizará la recolección de datos del presente Seminario de Título.

4.1.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Para efectos de la presente Investigación, se utilizará un enfoque cualitativo y cuantitativo para la recolección de datos³⁸, facilitando con ello el alcance de los objetivos propuestos.

En el siguiente Esquema, se presentan los recursos utilizados para la recolección de datos de la presente Investigación:

Esquema 4.2: "Recursos utilizados para la recolección de datos"



(Elaborado por Equipo Seminarista)

³⁸ Ver Anexo 10.1: "Encuestas Familiares", Anexo 10.2: "Encuestas Pacientes" y Anexo 10.3: "Antecedentes Socio-familiares"



A continuación, se presentan características de los instrumentos y técnicas mencionadas anteriormente, en lo referido al propósito, estructura, administración, forma de validación y análisis, tanto en el proceso cualitativo como cuantitativo.

Propósito de los Instrumentos de Recolección de Datos:

a) Cuestionario: La obtención de la información, tanto de manera cuantitativa como cualitativa, será a través de un Cuestionario semi-estructurado, ya que como lo señala su nombre, constará de preguntas cerradas y estructuradas, además de ítems de preguntas abiertas, considerándose esta modalidad para todos los sujetos en estudio.

Lo anteriormente mencionado, permitirá una recolección de información rigurosamente estandarizada, permitiendo, por tanto, desarrollar a cabalidad aquellas variables de interés, y acceder a la información respecto al problema planteado.

b) Análisis de Documentos: Al utilizar la técnica de rastreo de la información mediante el análisis de las Fichas Clínicas de los pacientes, se obtendrán datos de ambos enfoques. Se entenderá por Cuantitativo, todos aquellos datos relacionados al número de integrantes que componen cada familia, la situación socioeconómica, antecedentes escolares y laborales de los usuarios y sus respectivas familias. Por otra parte, mediante el método Cualitativo se obtendrá información relativa al historial familiar, y antecedentes del historial del tratamiento que ha mantenido el paciente.

Ambos recursos se desarrollan con la finalidad de triangular la información, mediante los antecedentes declarados por los profesionales, la revisión de fichas clínicas, y los resultados obtenidos en el Cuestionario, todos elementos necesarios para el análisis e interpretación posterior.



Estructura de los Instrumentos de Recolección de Datos:

a) Cuestionario: Este Instrumento será elaborado por el Equipo Seminarista. Las preguntas se desarrollarán en base a los Indicadores preestablecidos en la Operacionalización de Variables, la cual estará referida a los Factores Socio-familiares y la Adherencia al tratamiento. Las preguntas serán desarrolladas y adaptadas de acuerdo al tipo de población a la que está dirigida.

b) Análisis de documentos: Mediante los antecedentes recabados en las Fichas, el Equipo Seminarista elaborará un registro de los antecedentes socio-familiares de los pacientes del Hospital, a fin de establecer una breve reseña y/o resumen respecto a la patología e historial familiar que presentan los sujetos. Todo esto, con la finalidad de integrar dicha información, junto con aquella versión obtenida en los Cuestionarios, y lograr el posterior análisis de las variables en estudio.

Administración de los Instrumentos de Recolección de Datos:

a) Cuestionario: El Cuestionario deberá ser aplicado personalmente por el Equipo Seminarista, ya que, debido a la patología que los aqueja, los sujetos de estudio, como es el caso de los pacientes, presentan un déficit en comprensión y lectura, situación que se repite en algunos padres..

Ello implica dar a conocer las instrucciones del cuestionario y explicar el motivo de la investigación, con el fin de contextualizar su aplicación y facilitar, por tanto, la comprensión del mismo. Por último, se calcula que la aplicación del instrumento tendrá una duración máxima de 50 minutos, debido a las dificultades mencionadas anteriormente.

b) Análisis de documentos: La revisión de las fichas clínicas será llevada a cabo por el Equipo Seminarista, una vez establecida la autorización por parte del Equipo Profesional del Hospital.



Validación de los Instrumentos de Recolección de Datos:

a) Cuestionario: La validez del contenido del Cuestionario estará determinada a través de las preguntas desarrolladas, y cómo éstas responden a las variables, indicadores y objetivos de investigación establecidos.

Respecto a la validación del Instrumento, ella será otorgada mediante la evaluación de los siguientes expertos:

- Sr. Dagoberto Salinas Avilés; Trabajador Social, docente de la Universidad de Valparaíso y profesor guía del presente Seminario de Título.
- Srta. Cecilia Peruzzi; Trabajadora Social, Hospital Diurno Salud Mental Infanto-juvenil, Viña del Mar.
- Sra. Loreto Canales; Psicóloga, Hospital Diurno Salud Mental Infanto -juvenil, Viña del Mar.

A partir de la revisión de los evaluadores, se procederá a realizar las modificaciones y ajustes necesarios, para posteriormente ser aplicado en la prueba piloto, entendiéndose esta última, como el procedimiento previo a la aplicación del cuestionario, al total del universo establecido, con la finalidad de obtener la eficacia y pertinencia del documento.

b) Análisis de documentos: Establecer un registro de la información contenida en las Fichas Clínicas de cada paciente, tendrá como finalidad esclarecer los sucesos y acontecimientos que han experimentado las familias, lo que servirá de referente a la hora de analizar e interpretar la información recabada en los Cuestionarios, ya que al contrastar ambas realidades, se observará si se relacionan las declaraciones sostenidas por las familias y pacientes, con aquéllas estipuladas en las Fichas.



Análisis de los Instrumentos de Recolección de Datos:

a) Cuestionario: Para el análisis de la información del enfoque Cuantitativo, se hará uso del Programa Computacional SPSS, un software de análisis estadístico, el cual, mediante el ingreso de la información obtenida, proporcionará una base de datos para desarrollar, posteriormente, una interpretación de los mismos, ya sea porcentual, de frecuencias, gráficos de los resultados, etc.

Respecto al enfoque Cualitativo, éste será a través del análisis de contenido de las respuestas y significados, proporcionados por los sujetos de estudio, en función de las variables e indicadores establecidos en la investigación.

b) Análisis de documentos: Los datos obtenidos en las fichas clínicas, tanto Cuantitativa como Cualitativamente, y lo obtenido en el instrumento, nos permitirá llevar a cabo un análisis exhaustivo de la realidad, y lograr establecer, con ello, los Factores Socio-familiares que influirían en la Adherencia al Tratamiento.



III PARTE: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN



CONSIDERACIONES PRELIMINARES

Esta tercera parte, que se da a conocer como Análisis e Interpretación de datos, se divide en dos capítulos principales:

La primera, el Capítulo 5, busca dar a conocer los resultados de acuerdo a los objetivos propuestos en la Investigación.

Dichos resultados se conjugan con la Teoría establecida en capítulos anteriores, para que, de esta forma, los datos sean interpretados y se ajusten a la realidad de la investigación y a la especificidad de la materia tratada.

Para ello, se obtuvo información relevante a través de las fichas clínicas de los pacientes, junto con la aplicación de Encuestas semi-estructuradas a los familiares y pacientes. De esa forma, se analiza, principalmente, en base a la triangulación de estas tres fuentes.

Esto da pie a la segunda parte de este apartado, en donde se establece el Capítulo 6, como una síntesis de lo que principalmente se encontró en este Estudio, de manera de establecer de forma organizada dichos aspectos.



CAPÍTULO 5:

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

El objetivo general propuesto en este estudio es "Explorar y Describir los factores socio-familiares que influirían en la adherencia al tratamiento de los pacientes del Hospital Diurno Infanto-juvenil de Viña del Mar"

Al respecto, se desarrollaron los siguientes objetivos específicos:

- Identificar el contexto socio-familiar, el historial de salud mental y los factores protectores y de riesgo de los pacientes del Hospital Diurno Infanto-juvenil de Viña del Mar.
- Identificar las diferentes percepciones que tienen las familias de los pacientes del Hospital Diurno Infanto-juvenil de Viña del Mar, en relación al tratamiento.

Se comenzará desarrollando el primer objetivo específico, que busca describir el contexto socio-familiar, los factores protectores y de riesgo, así como el historial de salud mental presentado por las familias, concluyendo con el segundo objetivo específico referido a la percepción que las familias tienen acerca del tratamiento.

5.1 FACTORES SOCIO-FAMILIARES

5.1.1 Contexto Socio-familiar

Dentro del Contexto Socio-familiar, se encuentra la composición familiar, la dinámica de la misma (desde la adaptabilidad, cohesión y comunicación), los estilos de crianza y los factores protectores y de riesgo de las familias. Estos aspectos serán dados a conocer a continuación, desarrollando los resultados de la investigación, en relación a los objetivos específicos propuestos.

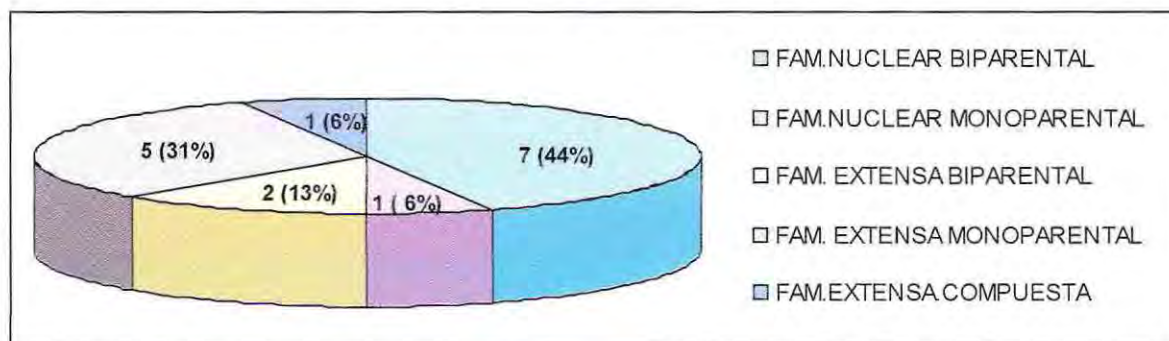


- *Composición Familiar*

La clasificación desde el punto de vista de la composición de la familia, pone de relieve categorías como la parentalidad, la conyugalidad y la consanguinidad.

En relación a lo anterior, las frecuencias que representan la información de la composición familiar, son las siguientes:

Gráfico 5.1: "Composición familiar"
(Frecuencias y Porcentajes)



(Elaborado por Equipo Seminarista)

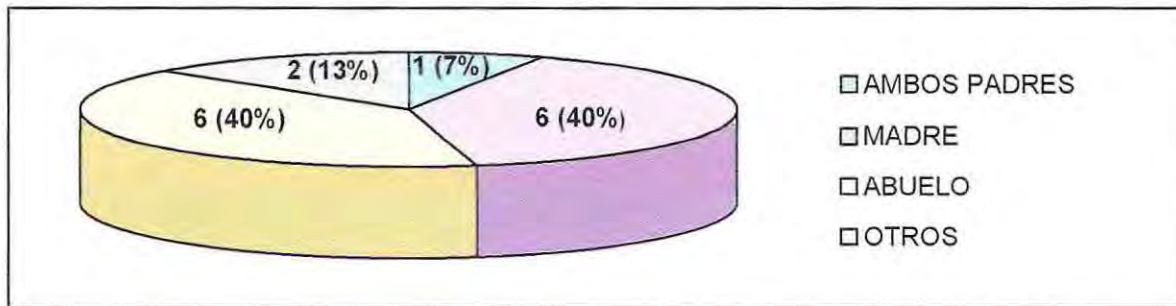
Este gráfico muestra quiénes componen el grupo familiar en el cual está inserto el niño, hecho relevante para conocer quiénes están a cargo de él y la forma cómo esa situación afecta el desempeño familiar, ya que no es lo mismo contar con madre y padre, que con sólo uno de ellos, o que, teniendo a ambos padres, uno tome mayor responsabilidad que el otro.

Llama la atención la existencia de un total de 37% de familias que son monoparentales (sumando tanto nucleares monoparentales como extensas monoparentales), pues, como se mencionó, el hecho de que exista una sola figura paterna o materna en el hogar, da como resultado roles más complejos de cumplir, y necesidades más difíciles de suplir, al no existir una reciprocidad en relación a sus roles y responsabilidades como padres.



A raíz de lo anterior, es importante destacar también quiénes cumplen con el rol de encargado del cuidado personal del niño:

Gráfico 5.2: "Encargado del cuidado personal del Paciente"
(Frecuencias y Porcentajes)



(Elaborado por Equipo Seminarista)

Como se puede observar, en relación a la persona encargada del cuidado personal del paciente, se da la particularidad de que, aun existiendo familias biparentales, en ningún caso es el padre quien está a cargo del hijo.

Este hecho llama la atención, ya que indica que los roles familiares de afecto, protección y cuidado son asignados, principalmente, a la madre, cuando la familia cuenta con ambos padres o es monoparental, y el padre no aparece como figura significativa dentro de este marco familiar.

Por otra parte, los familiares que asumen el cuidado de los niños, son los abuelos (40%, 6 de 15), compartiendo el mismo porcentaje que la madre (40%, 6 de 15) e, incluso, otros (13%, 2 de 13) se encargan del niño.

Lo anterior pone de relieve, una vez más, que no es el padre quien se hace cargo directamente de sus hijos, y, en el caso particular de los niños con problemáticas psiquiátricas, se puede denotar que las familias tienden a darle a la madre o a otros familiares su cuidado.

La razón por la que los niños quedan al cuidado de los abuelos, dice relación, principalmente, con el hecho de que los menores no han podido ser contenidos en sus propios hogares, o con que las familias de origen presentan

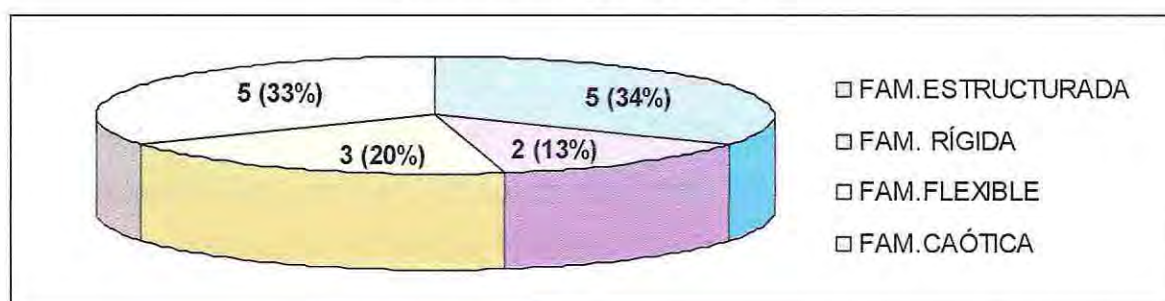


también problemáticas de salud mental, lo que dificulta el buen funcionamiento y cuidado familiar.

- *Dinámica familiar desde la Adaptabilidad*

La dinámica familiar desde la adaptabilidad, establece que el sistema familiar debe ser capaz de cambiar sus estructuras, roles y normas de acuerdo a las exigencias que se le planteen; por ello, desde esta mirada, se da a conocer lo siguiente:

Gráfico 5.3: "Dinámica familiar desde la Adaptabilidad"
(Frecuencias y Porcentajes)



(Elaborado por Equipo Seminarista)

Las familias que presentan mayores frecuencias, Caótica y Estructuradas, son muy disímiles. De sus características generales en los casos señalados, es relevante indicar que en la primera nombrada, no existen responsabilidades de los miembros, por lo que hay una consecuente falta de normas y límites familiares. En las familias Estructuradas, en cambio, todas las normas son explícitas y bien definidas.

Por otra parte, en las familias Caóticas no existe apoyo frecuente a sus miembros y se les transmite poca seguridad a los mismos. Por el contrario, la familia Estructurada contiene a sus miembros y los protege ante eventuales conflictos y problemas.

Un aspecto importante para clasificar el tipo de familia en relación a la adaptabilidad, es constatar si los niños prestan o no atención a las instrucciones familiares, ya que ello da un sentido a las relaciones dentro del hogar:



Tabla 5.1: "Atención del Paciente frente a instrucciones de la familia"

Tipo de familia desde la Adaptabilidad	Atención del niño a instrucciones de la familia	Frecuencias
Familia Caótica	Siempre	1
	A veces	4
Familia Flexible	Siempre	1
	A veces	2
Familia Estructurada	Siempre	3
	A veces	2
Familia Rígida	Siempre	1
	Nunca	1

(Elaborado por Equipo Seminarista)

Como se puede observar, la atención de los niños a las instrucciones formuladas en una familia Caótica corresponde mayoritariamente a la opción "A veces"; en cambio los niños que integran una familia Estructurada, responden la alternativa "siempre", con una frecuencia de 3 sobre 2 de "a veces". Ello pone de relieve el hecho de que en las familias Estructuradas, los niños estarían más acostumbrados a entablar relaciones con sus padres y sus normas, por lo que podrían responder a ellas de mejor forma que las Caóticas.

Por otra parte, debido a la característica de establecer normas inflexibles por parte de las familias Rígidas, las alternativas que se les presenta a los niños son obedecer siempre o no hacerlo nunca, lo cual hace ver sólo extremos en sus reacciones. En las familias Flexibles, se puede observar que una mayoría de los niños respondió la opción "A veces", dado que dichas familias dan más libertad de acción.



En relación a las normas propiamente tal, se produce el siguiente resultado:

Tabla 5.2: "Respuesta de la familia cuando el Paciente no responde o desobedece las normas"

Tipo de familia desde la Adaptabilidad	Respuesta de la familia cuando el niño no responde o desobedece las normas	Frecuencias
Familia Caótica	Le reitera lo que le pidió	2
	Le insiste y se enoja con él	2
	No insiste, pero le ignora	1
Familia Flexible	Le habla tranquilamente	3
Familia Estructurada	Le habla tranquilamente	2
	Le reitera lo que le pidió	2
	Le insiste y se enoja con él	1
Familia Rígida	Se enoja, lo reta y recrimina su actitud	2

(Elaborado por Equipo Seminarista)

Se puede observar que aquellas familias en las que hay sólo una forma de respuesta, son la Flexible y la Rígida, esto porque en la primera, como ya se ha indicado, existe mayor democracia en los liderazgos y más libertad en relación a las normas, sin que eso implique la falta de ellas, ya que son más de tipo implícitas y se asocian, en este caso, a la etapa de la familia, en la que los hijos son en su mayoría adolescentes y se promueve su independencia, sin dejar de supervisarles en sus decisiones.

Por su parte, en las familias Rígidas, tal como se ha mencionado, las normas son inflexibles y los hijos deben acatarlas siempre, ya que si se les cuestiona o no se obedecen, las familias ven ello como algún problema mayor de lo que es, y al escapar de su control, por lo general se hacen más rígiditas, ya que les sobreviene la idea de que algo está mal, dado que el objetivo de estas familias es que sus miembros sean lo más parecidos posibles.

Las familias Caóticas presentan diversas maneras de reaccionar en relación a las normas, centrándose en formas más drásticas de responder, frente a la negativa a obedecer por parte de sus hijos. Esto debido a que, como las



normas en dichas familias van cambiando según la situación que se les presenta, no existe un patrón positivo en sus reacciones y están condicionadas al momento, en que surgen los conflictos.

Por otra parte, las familias Estructuradas van de menos a más, es decir, primeramente procuran, de manera tranquila, hacerles ver a los niños que deben atender a sus demandas, para pasar a una forma más intensa en la relación, de acuerdo a las mismas estrategias de afrontamiento que han ido estableciendo en el tiempo.

De los aspectos señalados, es importante hacer notar la respuesta de los niños a las normas impuestas por los padres y, a su vez, la reacción de los padres cuando los hijos no obedecen, ya que estos aspectos nos dan a conocer si las normas existen, si son efectivas y también la manera de enfrentar a los hijos, cuando éstos no acatan dichas normas.

Es importante, entonces, destacar la reacción de los niños (hijos) frente a las normas o reglas familiares:

Tabla 5.3: "Reacción del Paciente frente a una norma"

Tipo de familia desde la Adaptabilidad	Reacción del niño frente a una norma	Frecuencias
Familia Caótica	Sólo cumple las normas que le parecen justas	1
	Ignora las normas	2
	Reacciona de mala forma frente a las normas	1
Familia Flexible	Respeta y obedece las normas	3
Familia Estructurada	Respeta y obedece las normas	2
	No obedece las normas de inmediato, pero las cumple después	2
	Sólo cumple las normas que le parecen justas	1
Familia Rígida	Reacciona de mala forma a las normas	2

(Elaborado por Equipo Seminarista)



Este cuadro da cuenta de que la reacción de los niños frente a las normas, se relaciona con el tipo de familia desde la adaptabilidad ya que, como se dio a conocer anteriormente, cada una de estas familias ha establecido reglas o no lo ha hecho, y las que existen las hace cumplir de diferentes maneras.

Al respecto, destaca el hecho de que todas las familias que corresponden a la categoría de Flexible, dan a conocer que los niños respetan y obedecen las normas, a diferencia, por ejemplo, de las familias Caóticas y Rígidas, en las que esta categoría no aparece.

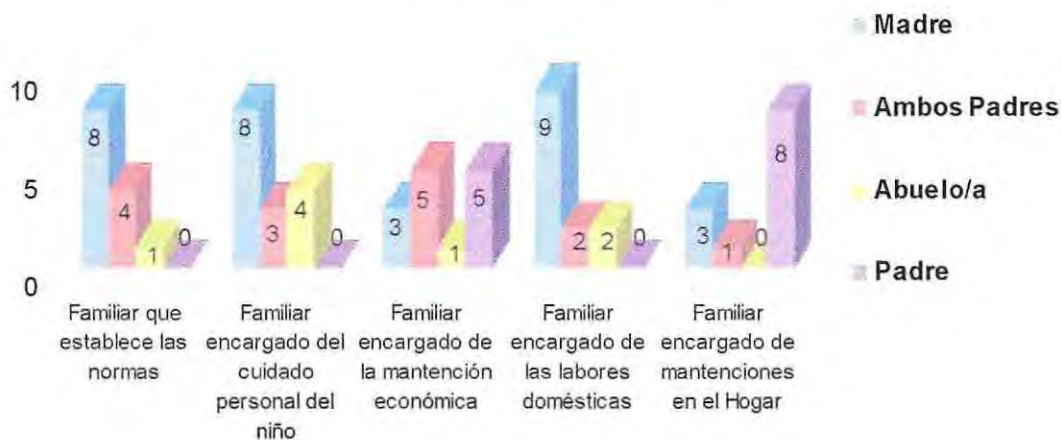
En las familias Estructuradas, por su parte, existe más diversidad de reacción, pero siempre de manera más positiva que en las familias Caóticas o Rígidas, ello debido a que estas últimas familias se destacan por tener mínimas normas o establecer reglas inflexibles.

Las familias Flexibles se caracterizan por los roles parentales, los cuales están más distribuidos en ambos padres, hecho que marca la diferencia con las familias Rígidas, donde es uno de los padres quien asume mayormente la responsabilidad de los hijos y el hogar, en general.



En relación a lo anterior, se puede observar la siguiente distribución de roles:

Gráfico 5.4: "Distribución de roles familiares"
(Frecuencias)



(Elaborado por Equipo Seminarista)

Como puede observarse, quien destaca en la mayoría de los roles es la madre, seguida de ambos padres, los abuelos y hacia el final, el padre. Ello da cuenta de la forma en que los integrantes distribuyen sus funciones y responsabilidades dentro de la familia.

Por lo general y por alta mayoría, es la madre quien asume no sólo las labores domésticas, sino también el aporte económico, establecimiento de normas y el cuidado personal del menor. Esto ocurre tanto en las familias monoparentales, como en las biparentales.

Ello es atribuible tanto al aspecto socio-cultural, como también a aspectos relacionados con la enfermedad de los niños atendidos en el Hospital, ya que las familias relevan sus roles, distribuyéndolos en torno a la necesidad que presenta su hijo.

Además, en relación con el tipo de familia desde la adaptabilidad, las familias Flexibles tienden a asumir de manera más equilibrada los roles familiares, distribuyendo los quehaceres de mejor manera que las familias Rígidas, en donde los roles están más bien estereotipados y son rígidos, por lo que toda



responsabilidad relacionada con los hijos recae sobre la madre, quien debe asumir sin su contraparte el cuidado del niño.

De la situación anterior, muchas veces surgen los conflictos, ya que con la sobrecarga de trabajo, responsabilidades y roles que cumplir, se dificulta la eficacia del cumplimiento de todo ello a cabalidad.

Otro aspecto importante de señalar, son las actividades que los niños desempeñan dentro de la familia:

Tabla 5.4: "Actividades que los Paciente desarrollan en el Hogar"

Tipo de familia desde la Adaptabilidad	Actividades que los niños desarrollan en el Hogar	Frecuencias
Familia Caótica	Orden y aseo de su pieza	3
	Más de dos actividades	1
	Varias actividades	1
Familia Flexible	Labores domésticas	2
	Otras actividades	1
Familia Estructurada	Orden y aseo	2
	Otras actividades	1
	Ninguna actividad	2
Familia Rígida	Orden y aseo	1
	Ninguna actividad	1

(Elaborado por Equipo Seminarista)

Como puede observarse, las familias Caóticas tienden a asignarle varias actividades a los niños, quienes, de esta forma, asumen diversos roles. En este sentido, se destacan las labores relacionadas con el aseo y orden de su pieza, es decir, de su entorno más inmediato. Esto indica, además, que las madres, principales agentes colaboradoras en las labores domésticas, comparten estas actividades con sus hijos.

Las familias Flexibles otorgan mayor autonomía a los niños, hecho que se observa al dar a conocer que en ellas, los hijos pueden colaborar dentro del hogar, en general, como también en otras actividades.

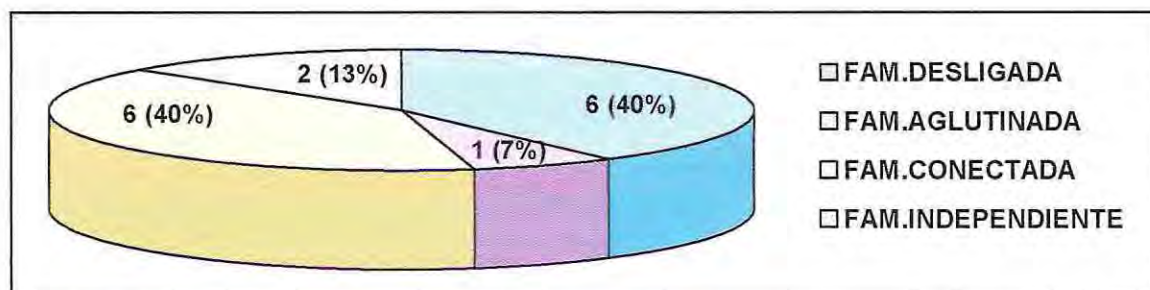
Por otra parte, están las familias Estructuradas y Rígidas, en las que destaca el hecho de ser las únicas en las que los niños no realizan ninguna actividad dentro del hogar. Esto es atribuible al hecho de que, en las primeras, los roles de los padres son muy definidos y tienden a tomar más relevancia, ya que con ello pueden ejercer un mayor control sobre los asuntos relacionados con la familia.

El hecho anteriormente mencionado también es aplicable en las familias Rígidas, con la diferencia de que, en dichos casos, es aún más extrema la responsabilidad de los padres sobre sus hijos, quienes se ven imposibilitados de desarrollar actividades en el hogar, lo que le permitiría establecer roles relevantes en su vida como adulto.

- *Dinámica familiar desde la Cohesión*

La cohesión implica la afectividad, intimidad y significado que las familias atribuyen en sus relaciones familiares; en la investigación realizada pudo establecerse lo siguiente:

Gráfico 5.5: "Dinámica familiar desde la cohesión"
(Frecuencias y Porcentajes)



(Elaborado por Equipo Seminarista)

Las familias Desligadas se caracterizan por tener un nivel de cohesión mínimo, desarrollando muy poca intimidad entre sus miembros y desconociendo, muchas veces, situaciones que le ocurren a los otros y aspectos relevantes de sus vidas. En cambio, las familias Conectadas tienen una moderada dependencia entre sí, comparten, se relacionan más y conocen aspectos más íntimos unos de los otros. Llama la atención que sean estas dos familias, de extremo a extremo,



las que tengan más frecuencia en la clasificación, lo cual se puede explicar debido a la diversidad en las formas de relacionarse y mostrar afectividad entre dichas familias.

Por otra parte, las familias que les siguen, Independiente y Aglutinada, tienen bajas frecuencias (2 y 3 respectivamente), lo que da cuenta de que estas familias, que se caracterizan por ser menos dependientes las primeras y más unidas, las segundas, no destacan entre la mayoría de las familias de los pacientes. Ello puede deberse especialmente a la edad de los hijos, ya que corresponden en su gran mayoría a adolescentes, y es por ello que no hay tantos extremos en relación a la afectividad.

Desde una perspectiva de dependencia emocional, en donde destaca la calidad de la interacción familiar, la unión entre sus miembros y el afecto que se expresan entre éstos, es importante destacar cómo ellos califican sus relaciones:

Tabla 5.5: "Estado de las relaciones entre los integrantes de la familia"

Tipo de familia desde la Cohesión	Estado de las relaciones entre los integrantes de la familia	Frecuencias
Familia Desligada	Regulares	6
Familia Independiente	Buenas	2
Familia Conectada	Buenas	6
Familia Aglutinada	Buenas	1

(Elaborado por Equipo Seminarista)

Se puede observar que la mayoría de las familias dice tener buenas relaciones, en general, con sus integrantes; la única que dice tener relaciones regulares es la familia Desligada, lo cual es motivado, como ya se señaló, por la poca dependencia emocional y el escaso contacto que tienen los miembros de la misma.



En general, las familias Aglutinadas y Conectadas tienen buenas relaciones entre sus miembros, debido a que se conocen y comparten gran parte de sus días, realizan actividades comunes y establecen relaciones entre sí.

Por otra parte, las familias Independientes y Desligadas, tienen más independencia entre sí y no se comparte al nivel de las familias antes mencionadas; sin embargo, las familias Desligadas llevan al extremo su separación y los miembros de la misma no se conocen o incluso temen darse a conocer a los demás, debido a que estas familias se caracterizan por tener coaliciones débiles maritales y poner a un miembro como chivo expiatorio de las problemáticas o situaciones complicadas que se les presenta.

En relación a lo anterior, las familias Desligadas se caracterizan por poner a los niños como responsables de las situaciones problemáticas que surgen en las relaciones familiares, sobre todo en el caso de los pacientes, quienes, por su enfermedad, son usados como chivos expiatorios en donde se centran los problemas.

Otro aspecto importante es el hecho de observar cuanta atención dan las familias a sus integrantes cuando estos se expresan, ya que ello da cuenta de la importancia que las familias dan a sus miembros y por lo tanto, el nivel de cohesión de los mismos:

Tabla 5.6: "Nivel de atención cuando los integrantes de la familia se expresan"

Tipo de familia desde la Cohesión	Estado de las relaciones entre los integrantes de la familia	Frecuencias
Familia Desligada	SIEMPRE ponen atención	3
	A VECES ponen atención	3
Familia Independiente	SIEMPRE ponen atención	2
Familia Conectada	SIEMPRE ponen atención	5
	DEPENDEN de lo que hablen, ponen atención	1
Familia Aglutinada	SIEMPRE ponen atención	1

(Elaborado por Equipo Seminarista)



Las familias Independientes y Aglutinadas ponen siempre atención a sus miembros cuando éstos se expresan, ello debido, por una parte, a la importancia que la primera atribuye a la expresión individual y por otra, al grado de unión e integración de sus miembros, tanto en el aspecto individual como en el familiar que caracteriza a la Aglutinada.

Las familias Conectadas, por su parte, también dan importancia a lo expresado por sus integrantes, pero dependiendo de lo que éstos digan y agregando a cada uno de ellos, su propio espacio de intimidad y de relaciones externas a la familia.

Las familias Desligadas tienen más diferencias que las anteriores, ya que señalan que "a veces o siempre" ponen atención a lo expresado por sus integrantes, lo que no implica que conozcan más de cada uno de ellos, pues, como se ha señalado, estas familias pueden ponerse atención, pero no necesariamente para mantener buenas relaciones entre sí.

Es importante destacar a su vez, desde el ámbito de la cohesión, las actividades familiares compartidas, ya que dan cuenta de la participación individual en ellas, el tiempo dedicado a la familia, el espacio físico para encuentros familiares, los amigos en común y las decisiones que se pueden tomar en conjunto:



Tabla 5.7: "Actividades que se comparte como familia"

Tipo de familia desde la Cohesión	Actividades que se comparte como familia	Frecuencias
Familia Desligada	Estudio	1
	Asuntos Domésticos	2
	Otras	1
	Nada	2
Familia Independiente	Intereses	2
Familia Conectada	Estudio	1
	Asuntos Domésticos	1
	Intereses	1
	Otras	2
	Nada	1
Familia Aglutinada	Otras	1

(Elaborado por Equipo Seminarista)

Como puede observarse, las actividades que comparten las familias investigadas, dicen relación con los estudios, asuntos domésticos, intereses y otras, destacando los asuntos domésticos y los intereses en común.

Respecto de los tipos de familia, las Conectadas e Independientes manifiestan compartir más actividades, seguidos de la familia Aglutinada y finalmente, la Desligada.

Esta última llama la atención, porque de las 6 familias, dos de ellas no comparten nada o no tienen nada en común, lo que vuelve a poner de relieve el hecho de que, en ellas, el tiempo y el espacio compartido es poco o casi nulo o, aunque puedan estar juntos en relación al mismo lugar, no existen formas de compartir e interesarse unos por otros.

Por último, dentro de los aspectos relevantes de la cohesión, se encuentra también el consenso conyugal, que da cuenta del grado de compromiso entre la pareja y la importancia que ésta asigna al matrimonio y a la familia. Respecto a ello, se puede apreciar lo siguiente:



Tabla 5.8: "Relación con la pareja"

Tipo de familia desde la Cohesión	Relación con la pareja	Frecuencias
Familia Desligada	Buena	1
	Mala	1
	Regular	2
	No Corresponde	2
Familia Independiente	Buena	2
Familia Conectada	Buena	3
	Regular	2
	No Corresponde	1
	Buena	1
Familia Aglutinada	Buena	1

(Elaborado por Equipo Seminarista)

En esta tabla se aprecian las relaciones como buenas, malas, regulares o no corresponden, esta última cuando no hay relación de pareja en la familia.

Destacan las familias Aglutinadas e Independientes, en las que las relaciones con la pareja son buenas, ello debido al grado de coaliciones existentes y por la forma en que ven a la familia, en la primera, de manera muy involucrada y en la segunda, teniendo la capacidad de tomar decisiones en conjunto según la situación que se presente.

Por otra parte, están las familias Conectadas, en las que las fluctuaciones de respuesta son más bien positivas, ya que se destacan por tener coaliciones fuertes, especialmente entre la pareja. Por otra parte, las Desligadas tienen fluctuaciones más pronunciadas y ello se relaciona principalmente con el poco establecimiento de vínculos familiares y, obviamente, de pareja.

Dentro de los aspectos destacados, es importante señalar también el grado de acuerdo de los miembros de la familia, especialmente a nivel de pareja. En relación a ello, se establece lo siguiente:



Tabla 5.9: "Acuerdo con la pareja relacionados con la Crianza de los hijos"

Tipo de familia desde la Cohesión	Acuerdo de la pareja relacionado con la crianza de los hijos	Frecuencias
Familia Desligada	Siempre	1
	A Veces	1
	Nunca	2
	No Corresponde	2
Familia Independiente	Siempre	1
	Nunca	1
Familia Conectada	Siempre	3
	A Veces	2
	No Corresponde	1
Familia Aglutinada	Siempre	1

(Elaborado por Equipo Seminarista)

Como puede observarse, las familias Conectadas son las que logran ponerse mayormente de acuerdo, en aspectos relacionados directamente con ella, entre los cuales pueden mencionarse las normas que la rigen. Ello se debe a que estas familias se destacan por coaliciones maritales fuertes y ello contribuye a que el acuerdo sea fácil y puedan llegar a consensos.

Las Aglutinadas, a su vez, también tienden a lograr acuerdo, ya que sus miembros son vistos como iguales y cada cual está involucrado en la vida de los demás.

Por otra parte, las familias Independientes, si bien se llevan mejor y tienen buena relación de pareja, como se dio a conocer en la anterior tabla, pueden tender a desacuerdos en algunos aspectos, ya que aunque la relación marital es clara, pueden tomar decisiones por separado, lo que no afecta a los hijos mientras se mantenga un equilibrio entre el liderazgo democrático y las normas claras.

Finalmente, las familias Desligadas son las que señalan en mayor frecuencia que "nunca están de acuerdo", lo que da cuenta de que ellas se encuentran prácticamente sin coalición marital ni acuerdo en sus integrantes y pareja, ya que cada cual tiene una idea diferente de cómo establecer normas y roles familiares.



- *Dinámica familiar desde la Comunicación*

La comunicación implica todo tipo de intercambio de los seres vivos entre sí y con el medio ambiente. Es importante destacar desde este aspecto, el hecho de que para que exista comunicación, deben desarrollarse destrezas de escucha y, a su vez, debe haber mensajes congruentes dentro de la familia, lo cual implica, en este caso, que las normas estén claras dentro de ella. Al respecto, se presenta la siguiente tabla:

Tabla 5.10: "Claridad en relación a las normas por parte del Paciente"

Claridad en relación a las normas por parte del niño	Frecuencias
Tienen claras las normas	12
No tienen claras las normas	2
Tienen las normas más o menos claras	1

(Elaborado por Equipo Seminarista)

En relación a lo anterior, destaca el hecho de que la mayoría de las familias logra dar a conocer y hacer comprender a los niños cuáles son las normas a seguir.

Este hecho es relevante porque implica que la forma en que las familias se comunican con sus hijos, es clara y congruente, de manera tal que los niños son capaces de apreciar cuáles son estas normas y la forma en la que están establecidas en la familia. En este sentido, se han obtenido las siguientes respuestas:



Tabla 5.11: "Nivel de acuerdo familiar frente a las normas y educación de los hijos"

Nivel de acuerdo familiar frente las normas y educación de los hijos	Frecuencias
Lo han conversado y están de acuerdo	5
Lo han conversado, pero no están de acuerdo	7
No lo han conversado, pero están de acuerdo	1
No lo han conversado, ni están de acuerdo	2

(Elaborado por Equipo Seminarista)

En relación al nivel de acuerdo familiar frente a las normas y educación, que se relaciona con el nivel de asertividad que ha logrado la pareja, las familias señalan, en su gran mayoría, que sí lo han conversado, pero que, sin embargo, no están de acuerdo.

Este hecho, pone de manifiesto que no siempre las familias tienen las mismas ideas o valores, por lo que los niños pueden verse menoscabados, sin saber a qué atenerse, ya que se les dan mensajes poco congruentes y puede caerse, por tanto, en un doble vínculo, lo que hará que el niño no sepa cómo responder y sea recriminado por ello.

A su vez, hay quienes sin conversarlo, están de acuerdo en qué normas y educación dar a su hijo porque, como se mencionaba, entre más ideales, visión de vida y valores sean compartidos como familia, mayor acuerdo habrá y mayor asertividad, ya que este aspecto implica que la pareja expone sus puntos de vista y le da la misma importancia a los del otro, logrando de esta manera, llegar a un acuerdo. Por otra parte, hay quienes ni lo han conversado, ni están de acuerdo, aspecto que señala la forma en cómo la comunicación no ha sido eficaz ni manifestada de manera adecuada.

Otro aspecto relevante de la comunicación, es el hecho de que haya libertad en la expresión de sentimientos, relaciones familiares claras y la capacidad de empatía de sus miembros. En relación a ello, destaca lo siguiente:



Tabla 5.12: "Relación de los familiares con el Paciente"

Relación de los familiares con el niño	Frecuencias
Buenas relaciones	10
Regulares relaciones	5

(Elaborado por Equipo Seminarista)

La mayoría de las familias destaca que se lleva bien con el niño, lo cual denota que han logrado establecer buenas y armoniosas relaciones.

Por otra parte, las familias que señalan que se "llevan regular", presentan problemas de comunicación, ya que algunos atribuyeron este tipo de relación a los problemas de enfermedad del niño y su comportamiento.

Además es importante destacar el apoyo que las familias reciben, ya que ello les permitiría una mejor forma de enfrentar las problemáticas que les aquejan, especialmente la enfermedad del paciente. Al respecto, el resultado es el siguiente:

Tabla 5.13: "Apoyo hacia el familiar"

Apoyo hacia el familiar	Frecuencias
Pareja	6
Familiares	7
Nadie	1
Otros	1

(Elaborado por Equipo Seminarista)

Llama la atención que la mayoría recurre más bien a familiares indirectos que a su familia nuclear, lo que denota cercanía con su familia de origen.

Ello denota que, si bien los integrantes tienen una persona para apoyarse, ésta se encuentra fuera del núcleo familiar, lo que manifiesta que no siempre los



integrantes encuentran la comprensión necesaria para poder expresarse, debido a la inexistencia de una fluida comunicación.

Los temas de conversación resultan relevantes a la hora de conocer la apertura que tienen las familias, junto con la importancia que se le asigna a cada uno de sus integrantes y los vínculos que se establecen entre ellos. En relación a esto, se presenta la siguiente tabla:

Tabla 5.14: "Temas que se conversan a nivel familiar"

Temas que conversan como familia	Frecuencias
Conversan de lo cotidiano	6
Conversan de los hijos	5
Conversan del Trabajo	1
Conversan de la enfermedad del paciente	2
Conversan de otras cosas	1

(Elaborado por Equipo Seminarista)

En este sentido, las familias señalan que, principalmente, hablan de lo cotidiano, lo que pone de manifiesto que éstas dan espacio para que sus miembros puedan expresar lo que piensan y sienten, aunque no necesariamente se profundice en un tema determinado.

La segunda frecuencia temática es la relacionada con los hijos (5 de 15), a la que se añaden las conversaciones en torno al hijo paciente del Hospital Diurno (2 de 15), lo cual permite inferir que es alta la importancia que la familia otorga en lo que se refiere al desempeño y problemáticas que puedan enfrentar los pacientes.



En relación a los niños propiamente tal, éstos dan a conocer lo siguiente en cuanto a sus sentimientos:

Tabla 5.15: "Formas en que los Paciente expresan sus sentimientos"

Forma de expresarse	Frecuencia al expresar la rabia	Frecuencia al expresar la alegría	Frecuencia al expresar la tristeza
Me quedo solo, para que nadie me moleste	8	2	4
Trato de compartir lo que siento con mi familia	0	8	2
Les cuento a otras personas	2	2	2
Me pongo a pelear	3	0	0
Otros	1	2	6
No responde	1	1	1

(Elaborado por Equipo Seminarista)

Los niños expresan, en su gran mayoría, que la rabia o la tristeza, no las comparten para que nadie los moleste. En contraparte, la gran mayoría de los niños expresan que la alegría la dan a conocer a su familia.

Estos hechos dejan en evidencia la libertad de expresión de sentimientos positivos, en desmedro de los negativos, lo que pone de manifiesto la negación de las familias hacia los aspectos problemáticos que se puedan presentar, reprimiendo directa o indirectamente los sentimientos que puedan surgir en torno a éstos. Esto demuestra poca apertura familiar y un pobre desarrollo de la capacidad de hablar de sí mismos, en los niños, lo que repercutirá en que tampoco sean empáticos y, por lo mismo, no sepan expresarse ante las demás personas ni mucho menos sepan interpretar las expresiones de otros.

Lo anterior da a conocer que las familias, como eje fundamental del desarrollo para los niños, no valoran en toda su importancia la expresión de sentimientos de sus hijos o, simplemente, optan por evitarlas, transmitiendo al niño mayor inseguridad a la hora de expresarse y, por ende, inhiben su posibilidad de llevar una comunicación clara y libre con ellos.



- *Estilos de Crianza*

La familia cumple funciones importantes, entendiéndose como tales las tareas y actividades que realizan todos los miembros que la conforman, de acuerdo con la posición y el papel que desempeñan en el sistema familiar y con el fin de alcanzar los objetivos psicobiológicos (reproducción, desarrollo y crecimiento de los hijos y adquisición del sentido de identidad familiar), socioculturales, educativos (transmisión de conocimientos y habilidades, valores y creencias) y económicos (capacidad de producción y consumo).

Las familias representadas en el Hospital Diurno de Salud Mental Infanto-juvenil, se encuentran entre dos etapas del ciclo vital familiar: la "individualización de los miembros de la familia versus organización pseudo mutua" y el "compañerismo versus aislamiento".

A la primera corresponden aquellas familias que tienen hijos infantiles o pre-adolescentes, y cuyo desafío es cambiar el foco de su atención desde los asuntos familiares a los intereses individuales, de manera que puedan apoyar el logro de una identidad dentro y fuera del hogar. Por ello, los hijos deben sentirse suficientemente seguros y libres para introducirse en los grupos de pares y en las instituciones de la comunidad, desarrollando allí su identidad independiente de su posición como miembros de la familia.

A la segunda corresponden aquellas familias que tienen hijos en edad adolescente. El mayor desafío para los miembros de la familia se ubica en su capacidad para desarrollar el compañerismo, tanto dentro como fuera de la familia. Les corresponde a los padres apoyar el proceso de separación-individualización de sus hijos, manejando los conflictos y haciendo decisiones en aquellos asuntos que se relacionan con la autoridad paternal, pero proporcionando al mismo tiempo una base y una oportunidad para la discusión.

Estos aspectos son relevantes para comprender la manera en que las familias generan sus estilos de crianza, los cuales deben responder a la etapa del ciclo de vida que atraviesa la familia, de manera tal que sus miembros



logren responder de mejor manera a los desafíos y problemáticas que puedan presentarse.

Es importante destacar, entonces, cómo los padres se relacionan directamente con los hijos:

Tabla 5.16: "Forma en que los Padres se relacionan con los hijos"

Forma en que los padres o familiares se relacionan con los niños	Frecuencias
Conversa los problemas y ayuda a encontrar la solución	10
Es tolerante, hasta que le colman la paciencia y castiga	1
No le agrada ni tolera los sentimientos negativos de su hijo, por ello, los reprime	2
Es afectuoso, pero con reglas rígidas	2

(Elaborado por Equipo Seminarista)

Se observa que del total, la mayoría (10 de 15), manifiesta que la forma en cómo se relacionan con sus hijos es a través de conversar los problemas y ayudar a encontrar una solución, estableciéndose, por tanto, una buena comunicación entre ambas partes, y permitiendo con ello el aprendizaje de habilidades para enfrentar situaciones por parte del paciente; por tanto, son niños más proclives a ser activos, comunicativos, seguros, independientes y sociables, ya que provienen de padres denominados *entrenadores emocionales (afectuosos y tolerantes)*.

Sin embargo, estas manifestaciones también están relacionadas con cómo la familia quiere ser concebida, lo que muchas veces no concuerda con la realidad. Ello se manifiesta porque, a veces, las normas, disciplina y modo de enfrentar los problemas, manifiestan otros matices, que dan a conocer de mejor forma cómo las familias realmente se relacionan con los hijos.

Los padres mencionados anteriormente (entrenadores emocionales), son quienes usan la experiencia emocional del hijo (ira, frustración, temor) como



oportunidad de acercamiento, toman sentimientos de los hijos para comprender y ayudar a encontrar formas positivas de enfrentar los problemas y emociones negativas.

También están aquellos padres a los que no les agradan ni toleran los sentimientos negativos de su hijo, razón por la cual los reprimen. Estos padres se consideran como *Hostiles y Restrictivos*, ya que son críticos frente a las emociones negativas de sus hijos, castigadores y autoritarios, generando con ello escasas instancias de comunicación y acercamiento afectivo hacia el paciente; por tanto, serán niños que tenderán a desarrollar baja autoestima, dificultad en relacionarse con los compañeros, tímidos y con riesgo hacia una tendencia suicida.

Por otra parte, encontramos a padres que manifiestan ser *afectuosos y cariñosos, pero con reglas estrictas*. En este aspecto se puede observar que, a pesar de ser autoritarios en cuanto a normas y reglas, estos padres igual generan instancias afectivas con el paciente. En este estilo de crianza, los niños tienden a ser dependientes y amigables, conformistas con el grupo y las normas.

Por último, sólo un padre manifestó ser tolerante, ya que deja hacer lo que quiera a su hijo, a menos que le colme la paciencia, instancia en la que procede a castigarlo. Aquí nos encontramos con un Estilo de Crianza de tipo *Hostil y Permisivo*, ya que son Padres que no ofrecen guía ni ponen límites a los niños y cuando los ponen, los castigos son muy severos e impulsivos.

Lo anterior genera que los menores no tengan claras las reglas y límites establecidos, tanto dentro del hogar como aquellas provenientes del exterior, siendo, por tanto, propensos a expresar hostilidad y a ser muy agresivos con su entorno. En relación a ello, puede darse a conocer lo siguiente:



Tabla 5.17: "Disciplina familiar"

Disciplina familiar	Frecuencias
Conversa las situaciones problemáticas, para que el niño entienda sus responsabilidades	14
Le reprocha la situaciones conflictivas y castiga	1

(Elaborado por Equipo Seminarista)

La mayoría de los padres manifiesta que conversa con el paciente las situaciones problemáticas que éste experimenta, a fin de que comprenda sus responsabilidades. Por lo tanto, son padres que utilizan la experiencia del niño, como un método de enseñanza, para que comprenda las formas positivas de enfrentar los problemas y emociones negativas, sin utilizar los reproches como forma de corregir su disciplina.

Por último, la familia que señala rechazar las situaciones conflictivas y castiga, considerándose, por tanto, como método de corrección el ser restrictivos, se caracteriza por actuar en un contexto basado en la falta de comunicación, estilo autoritario y crítico, lo cual lleva a formar menores disfuncionales, en el futuro.



Es importante señalar, entonces, las normas y límites familiares:

Tabla 5.18: "Normas y límites familiares"

Normas y límites familiares	Frecuencias
Normas y límites claros	7
Las normas cambian conforme se van suscitando las situaciones	7
Las normas están claras, pero no siempre se cumplen	1

(Elaborado por Equipo Seminarista)

En relación con las normas y límites familiares, se observa que los padres manifestaron que establecen normas y límites claros, cumpliendo con ellas en su totalidad dentro del hogar. Por lo tanto, sus integrantes mantienen claridad y conocimientos de las reglas permitidas y no permitidas dentro del grupo familiar, considerándose un buen factor tanto para su organización, como para la interacción de los miembros.

Al establecer normas y límites claros, las familias pueden atenerse a ellas, además de dar al niño advertencias y señales claras, y frente a la violación de una regla, aplicar una sanción cuidando de ser atingente, coherente y consecuente.

En cuanto al resto de los encuestados, los padres que sostuvieron que las normas van cambiando de acuerdo a las situaciones que se vayan presentando, generan que a los integrantes de la familia, se les dificulte mantener un concepto claro de las reglas y límites que deben cumplir.

Sin embargo, la situación mencionada se considera normal dentro del proceso de crecimiento familiar, ya que durante la vida de la familia las reglas se van modificando y van conformándose otras nuevas, como resultado de todos los conflictos, compromisos y necesidades de los miembros de la familia.

Por último, en cuanto al hecho de que se establezcan normas claras, pero que no siempre se cumplan, puede deberse, principalmente, a que los padres no



asumieron un rol más estricto al respecto y a que los integrantes hijos tampoco tuvieron el conocimiento suficiente para aplicarlas.

Por ende, las reglas son necesarias para cualquier estructura de relaciones, ya que son la expresión observable de los valores de la familia y la sociedad. En relación a estas normas, las familias expresaron lo siguiente:

Tabla 5.19: "Advertencias y respeto de las normas"

Advertencias y respeto de las normas	Frecuencias
Advertencias y señales claras en relación a las normas	7
El niño al comportarse de manera positiva recibe elogios y le expresan cariño	3
El niño siempre debe tener una conducta adecuada, independiente de si están o no las normas claras	2
Otros	3

(Elaborado por Equipo Seminarista)

La mayoría de las familias indica que da advertencias claras en relación a las normas, lo que manifiesta un orden o una claridad familiar frente a lo que está o no permitido, generando mayor seguridad en el niño.

En otra instancia están quienes manifiestan que cuando el niño responde a conductas o comportamientos positivos, la familia le retribuye con elogios y cariño, hecho que ayuda al niño a generar una autoestima adecuada y, a la larga, una autonomía eficaz.

Cuando los padres señalan que dan por hecho que los niños deben comportarse de manera adecuada, sea que hayan o no establecido normas de manera clara, deja de manifiesto que estas familias no son capaces de entrenar emocionalmente al niño y que, por el contrario, pueden generarles gran frustración al no poder complacerles en lo que ellos requieren; estas normas son de tipo implícitas, por lo que dificultan aún más su cumplimiento.



Por otra parte, es importante destacar la forma de enfrentar los problemas, por parte de la familia:

Tabla 5.20: "Forma de enfrentar los problemas a nivel familiar"

Forma de enfrentar los problemas	Frecuencias
Trata de prevenir los problemas	8
Resuelve los problemas a medida que estos van surgiendo	7

(Elaborado por Equipo Seminarista)

La mayoría de las familias manifiestan que tratan de prevenir los problemas, lo que da a entender que dichas familias ponen atención a las experiencias vividas, para no tener que lamentar situaciones similares.

Vinculado a lo anterior, en esta área también hay familias que, de acuerdo a las circunstancias, van planteándose formas de resolver los asuntos que se le presentan, hecho que manifiesta que en ellas no hay una planificación adecuada.

5.1.2 Factores protectores y de riesgo

- *Factores Personales*

La importancia del análisis de factores de riesgo y factores protectores de la familia es central, dada su participación clave en la salud física y mental de los individuos.

Tanto los factores protectores como de riesgo deben ser comprendidos desde sus manifestaciones a nivel individual, familiar y social. Es por ello que, en este apartado de Factores Personales, se considerarán todos los aspectos relacionados al paciente, ya sea su estado de ánimo, relaciones interpersonales, resolución de problemas y personas más significativas, aspectos claves para la adherencia al tratamiento.

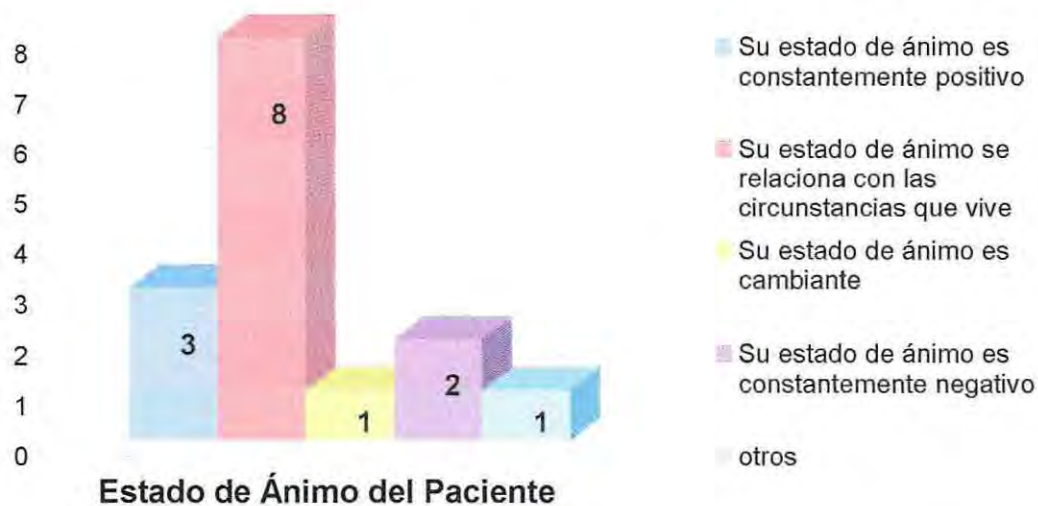




➤ Estado de Ánimo:

En relación al estado de ánimo del paciente, se puede dar a conocer lo siguiente:

Gráfico 5.6: "Estado de ánimo del Paciente"
(Frecuencias)



(Elaborado por Equipo Seminarista)

Se observa que un total de 8 familias manifiestan que el estado de ánimo de su hijo está relacionado con las circunstancias que vive, alcanzando un 53% de los casos. Al evaluar esta situación, nos damos cuenta de que las experiencias que experimente el paciente, serán claves al momento de enfrentar el tratamiento, ya que si un niño presenta vivencias negativas dentro de su entorno más cercano, como por ejemplo su familia, su nivel de motivación y expectativas será escaso y, por lo tanto, con la probabilidad de presentar un resultado más deficiente al tratamiento.

En cambio, en aquellos 3 pacientes correspondientes al 20% de los casos que presentan, constantemente, un estado de ánimo positivo, la probabilidad de éxito en su tratamiento será mayor, ya que su actitud puede estar vinculada a una mayor estimulación y compromiso por parte de la familia, a la hora de enfrentar la patología.



La familia, como el principal agente socializador de los niños, comunica estilos de vida, prácticas saludables (protectoras) o patógenas (riesgosas), como también ciertas formas de resolver los problemas de salud.

En cuanto al resto de los resultados, encontramos que 2 familias (13%) manifiestan que su hijo presenta un estado de ánimo constantemente negativo, seguido luego, de "Estado de ánimo cambiante" y "Otros", teniendo en ambos casos 1 familia, logrando un 6% cada uno. En estos supuestos se observa que, si bien la cantidad de pacientes es mínima, éstos presentan un factor de riesgo, ya que, las actitudes que manifiesta no serían adecuadas.

La situación mencionada puede deberse por diversos motivos, ya sea por aspectos biológicos, psicológicos y/o sociales. Por último, esta situación conllevaría consecuencias negativas para el estado de salud de los menores.

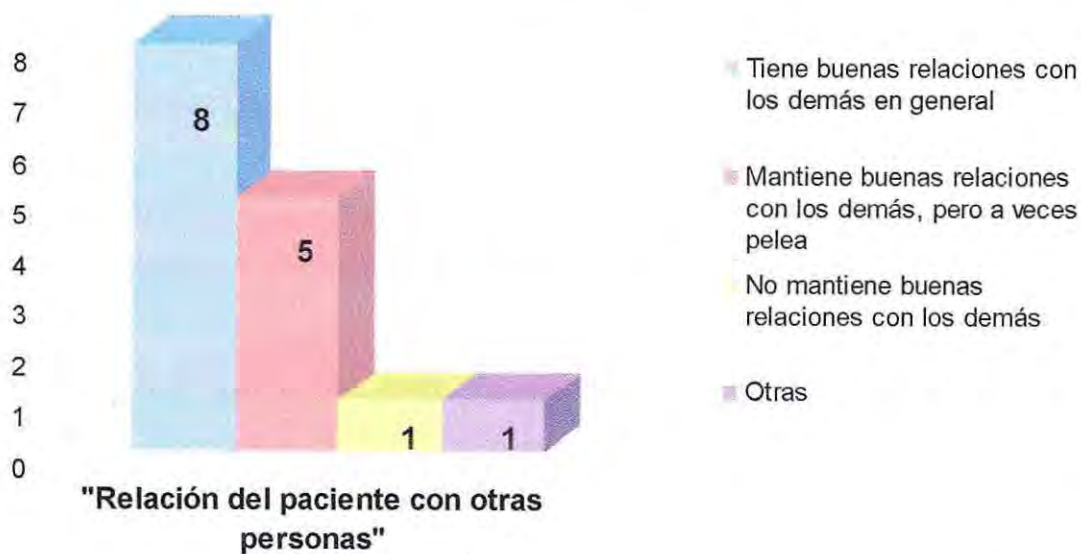
El bienestar biopsicosocial de cada uno de los integrantes de la familia se garantiza a partir de la satisfacción de las necesidades básicas, cuando estas no son satisfechas, reflejan el resultado de una conducta familiar caracterizada por la despreocupación y el desamparo de sus miembros.



➤ Relación del niño con otras personas

Con respecto a la relación del niño con otras personas, podemos establecer lo siguiente:

Gráfico 5.7: "Relación del Paciente con otras personas"
(Frecuencias)



(Elaborado por Equipo Seminarista)

Se puede inferir que la mayoría de estos pacientes, a pesar de la patología que los aqueja, han adquirido y desarrollado habilidades sociales. Esto les ha permitido mantenerse insertos y adaptados en su entorno social y físico, manteniendo relaciones interpersonales tanto con su grupo de pares como con el resto de las personas, lo cual se califica como un factor positivo, para su salud y bienestar.

Por último, cuando las familias expresan que "no mantiene buenas relaciones con los demás" y "otros", en ambos casos, especialmente el primero, estamos frente a un factor de riesgo, ya que en este caso en particular, su problemática proviene desde su entorno familiar, debido a las disfuncionalidades que éste presenta, teniendo como consecuencia el desarrollo de conductas desadaptativas hacia el entorno social, por parte del paciente.

Lo anterior provoca una posibilidad de daño, tanto en su salud física como mental, y el aumento de consecuencias negativas, situación que genera una alta



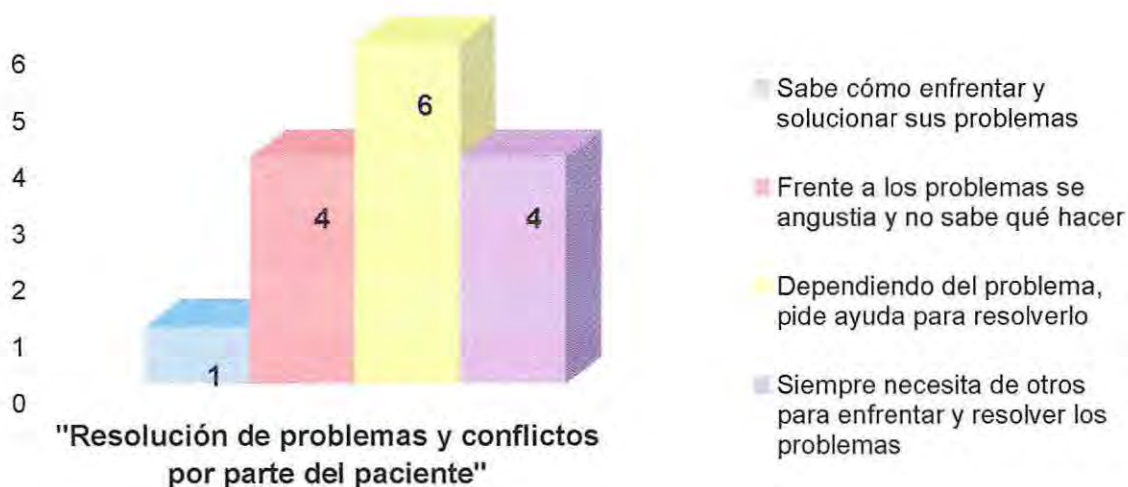
probabilidad, a la vez, de que el paciente no tenga un resultado exitoso en su tratamiento, ya que al ser la familia el foco del problema, su participación se ve disminuida, cediendo toda responsabilidad a los profesionales del Hospital.

A mayor cantidad de factores de riesgo presentes en la familia, existiría mayor probabilidad de experimentar una alta disfuncionalidad familiar, lo que repercutiría en el desarrollo biopsicosocial de cada uno de los miembros.

➤ Resolución de problemas y conflictos por parte del niño

La resolución de problemas y conflictos por parte de los pacientes es un aspecto fundamental para conocer sus habilidades sociales, por ello:

Gráfico 5.8: "Resolución de problemas y conflictos por parte del Paciente"
(Frecuencias)



(Elaborado por Equipo Seminarista)

Conforme a los datos referidos, se plantea que 6 Padres representados en un 40% de los casos, declaran que su hijo, dependiendo del problema, pide ayuda para resolverlo. Esto demuestra que los pacientes mantienen un grado de confianza y cercanía con sus padres en ciertos ámbitos y temas, lo cual fomenta la comunicación entre los integrantes y, a la vez, su independencia y habilidad para solucionar otras.



Sin embargo, existe un número importante de pacientes que se encuentra dentro de los aspectos más complejos: 4 familias, correspondientes al 26% de los casos, sostiene que su hijo siempre necesita de otros para enfrentar y resolver los problemas, y 4 familias (26%) manifiesta que el paciente, frente a los problemas, se angustia y no sabe qué hacer. Ambos casos se consideran como situaciones negativas para la salud mental.

En cuanto al primero, se observa que son niños dependientes de otros, a quienes les dificulta tomar decisiones y resolver sus conflictos de forma independiente; algunas de las causas que originarían esto, es la falta de seguridad en sí mismo, la sobreprotección de los padres hacia ellos, etc.

La segunda alternativa está muy relacionada con los factores anteriores: la falta de desarrollo de habilidades para la resolución de conflictos. Por lo mismo, al no tener o adquirir un mejor manejo en sus problemas, muchos pacientes adquieren conductas auto-destructivas, como hacerse cortes en la piel, intentos suicidas, aislarse socialmente de su grupo de pares y padres, entre otras.

Por último, la alternativa "sabe cómo enfrentar y solucionar sus problemas", es elegida como respuesta solamente por un padre, de un total de 15, considerándose bastante precario el resultado, demostrando con ello, y sumado a lo mencionado anteriormente, que los pacientes, en su gran mayoría, carecen de técnicas, habilidades y estrategias para enfrentar y resolver sus conflictos de manera satisfactoria.

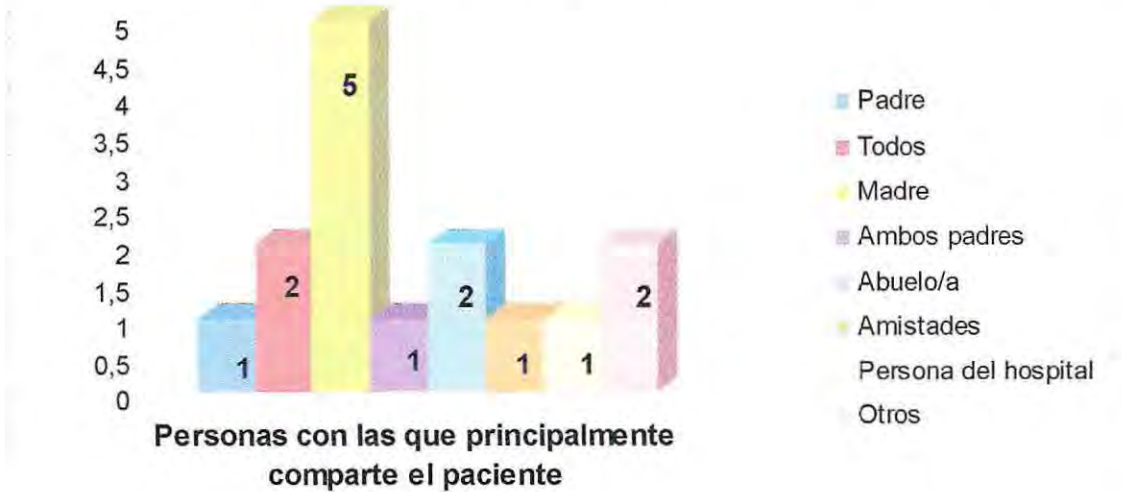
- *Factores Familiares y Sociales*

Se ha demostrado en múltiples investigaciones la influencia protectora de factores familiares, tales como buenas relaciones al interior del grupo familiar, confianza entre los adolescentes y sus padres y la situación socio-económica de la familia. En relación a ello, se da a conocer lo siguiente:



- Personas que comparten principalmente con el paciente.

Gráfico 5.9: "Personas con las que principalmente comparte el Paciente"
(Frecuencias)



(Elaborado por Equipo Seminarista)

Este resultado se ve influenciado por los siguientes aspectos: más de la mitad de las familias son monoparentales, cuya jefatura es materna, en gran parte; por lo tanto, la madre sería el integrante más cercano al paciente. Además, es quien se ocupa generalmente de los aspectos relativos a la crianza, especialmente a todo lo relacionado con lo afectivo y emocional, como también en lo relativo a las actividades del paciente, como el colegio, los controles de salud, etc. Al respecto, una de las madres entrevistadas manifiesta lo siguiente:

"...Mi marido es más déspota, más frío...no le demuestra cariño." (Madre paciente N. Z)

Por último, uno de los pacientes manifiesta el siguiente comentario, en el que queda de manifiesto las causales mencionadas anteriormente:

"Me siento cercano a mi mamá, porque es con la que más comparto, porque está en la casa". (Paciente S. M)

Cuando los pacientes comparten con todo el grupo familiar, es un buen



indicador, ya que se establecen patrones de comunicación dentro del hogar, mayor cercanía y lazos afectivos entre los integrantes, lo cual es importante considerar en la adherencia, ya que al producirse una mayor cohesión familiar, existe una mayor implicancia y responsabilidad frente al tratamiento del paciente. Desde la perspectiva de una paciente, frente al mismo tema, se obtuvo lo siguiente:

*"Me siento cercana con los cuatro, porque siento más confianza con todos....aunque no lo digo".
(Paciente N. F)*

Respecto a cercanía con los abuelos, los padres manifiestan que el motivo radica en que es la persona que cuida a los hijos, mientras ellos trabajan, por lo tanto, comparten mayor tiempo con ellos. Un ejemplo de esto, lo sugiere el siguiente comentario:

*"...Comparte con la abuela, porque ella los cuida"
(Madre de paciente D .L)*

Otra muestra de lo anterior, queda evidenciado en los pacientes al ser entrevistados y preguntarles con quién se sienten más cercanos en su hogar; la respuesta indica que la abuela ocupa un rol importante en la vida de los pacientes.

"Me siento cercano con mi abuela, porque me cuida y me hace cariño" (Paciente N. T)

Por último, se produce una igualdad de los resultados, con un total de 1 familia (6% de los casos), en las alternativas correspondientes a Personal del Hospital, Amistades, Ambos padres y Padre. En los últimos dos casos, como se mencionó anteriormente, el resultado está ligado a que parte de los padres no pertenecen al grupo familiar, caracterizándose por ser grupos familiares monoparentales.



En cuanto a la opción "hospital", es considerada significativa por los propios padres, ya que sus hijos pasan la mayor parte del tiempo en el Hospital. Así lo establece el siguiente comentario:

"Son mas niños, y nosotros somos adultos donde vivimos" (Padre paciente N. T)

A partir de todo lo observado, es importante destacar que el menor debe tener una relación emocional estable, con, al menos, uno de los padres o un otro significativo, *ya que el* refuerzo de los factores protectores aumenta las posibilidades de una mejor salud y un mayor bienestar en los individuos.

➤ Ingresos del grupo familiar

Los ingresos del grupo familiar se refieren al nivel socioeconómico de la familia, determinado a partir del ingreso líquido mensual de los grupos familiares.

Tabla 5.21: "Ingresos Familiares"

Ingresos Mensuales	Nº de Familias
0 – \$165.000	3
\$ 165.001 a \$ 330.000	6
\$ 330.001 a \$ 495.000	5
\$495.001 y más	1

(Elaborado por Equipo Seminarista)

Con respecto al ingreso líquido mensual por familia, se puede señalar que la mayoría de éstas, en total 6 casos, se encuentran por encima del sueldo mínimo, correspondiente actualmente a \$165.000 (a partir de Julio del 2009), seguida luego por 5 familias, cuyo ingreso total está entre los \$330.000 (trescientos treinta mil pesos) a \$495.000 (cuatrocientos noventa y cinco mil pesos). Estas familias se ubican sobre el promedio, por lo que se les considera "no pobre", según lo establecido en la canasta de satisfacción de necesidades básicas.



Se destaca que, del total de familias, sólo 3 casos se encuentran bajo el ingreso mínimo establecido; al respecto, cabe señalar que al evaluar su ingreso per cápita familiar, éste no supera los \$47.099.- (cuarenta y siete mil noventa y nueve pesos), monto que, de acuerdo a la canasta básica familiar establecida por Mideplan, califica a estas familias bajo la Línea de la Pobreza.

La condición socio-económica que presentan estas familias, está radicada en varios factores, como el ser trabajadores independientes, algunos de ellos agricultores, cuyos ingresos son relativos, dependiendo de la época del año en que se encuentre. En otros casos, sólo un integrante percibe ingresos, haciendo, por lo tanto, más compleja la mantención económica dentro del hogar.

La mayoría de las familias investigadas se encuentran afiliadas al sistema previsional Fonasa, calificando en la categoría A y B, esto debido a la condición económica que ellas presentan, a excepción de unos pocos pacientes que se encuentran afiliado a Isapres. Las familias pertenecientes a Fonasa, dado sus bajos ingresos, se ven obligados a requerir atención en los sistemas públicos de salud, recibiendo atención gratuita y medicamentos por parte de éstos.

En cuanto al tratamiento, podemos señalar que el factor económico influye en la adherencia, especialmente en aquellas familias que mantienen un bajo ingreso, viéndose perjudicado muchas veces, en la inasistencia a los controles del paciente, debido a que la procedencia de éste en algunos casos, se encuentra situada fuera de la comuna, generando, por tanto, un gran gasto en movilización, el cual en algunas ocasiones las familias no pueden costear, provocando así un estancamiento en el tratamiento.

Por otro lado, no necesariamente el hecho de tener mayores ingresos conlleva que la familia asuma el cumplimiento del tratamiento en los pacientes, pues, en ocasiones, no otorgan la importancia correspondiente debido a que la patología, al no ser considerada como riesgo vital, pasa a un segundo lugar.

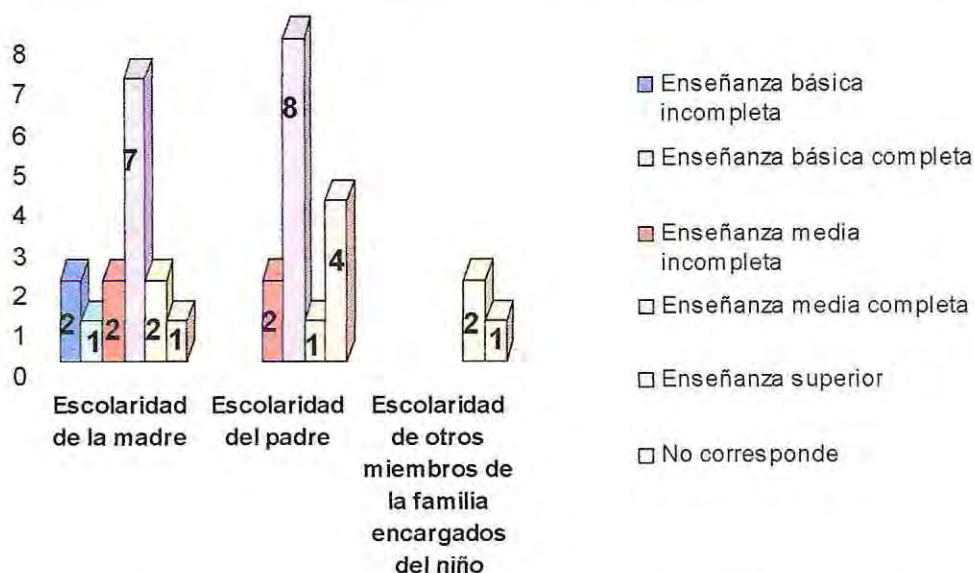


➤ Escolaridad del cuidador del paciente

Es importante destacar quién y qué escolaridad tiene el encargado del cuidado personal del niño:

Grafico 5.10: "Escolaridad de los miembros encargados del Paciente"

(Frecuencias)



(Elaborado por Equipo Seminarista)

Se observa que la escolaridad de la persona encargada del niño, en su mayoría corresponde a la Enseñanza Media Completa, dividiéndose en 8 casos por parte del padre y 7 casos correspondientes a la madre. Esto pone de manifiesto que los padres de los pacientes cuentan con los conocimientos básicos necesarios, como es leer y escribir, lo cual les permite poder desenvolverse en el área laboral y mantener, por lo tanto, una economía más sustentable, en comparación a aquellos casos que carecen de estudios.

En relación a los padres que manifiestan poseer sólo estudios básicos, ocasionalmente se producen situaciones de analfabetismo, lo que dificulta, en cierta medida, su inserción laboral como también su participación en los estudios del paciente.

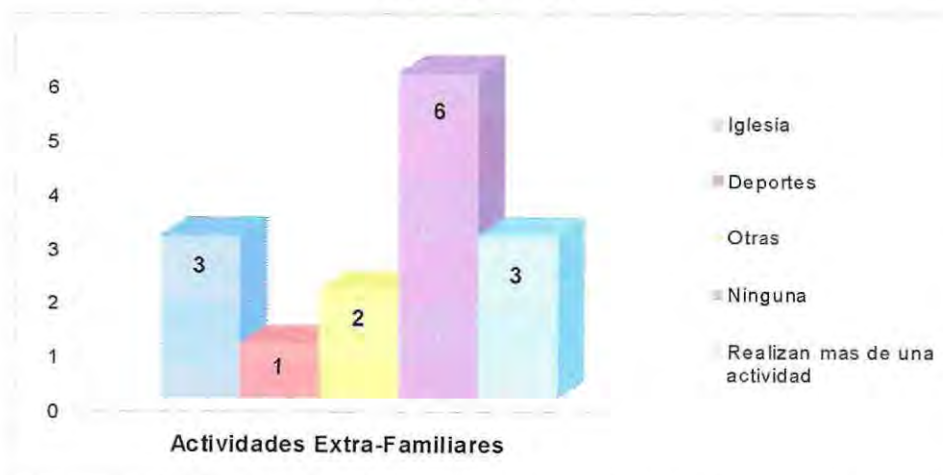
Respecto de lo anterior, se puede inferir que aquellos padres que presentan mayor nivel de escolaridad, tienden a presentar un concepto más claro respecto a

la enfermedad que afecta al paciente, en comparación a aquellas familias que carecen de estudios más completos.

➤ Actividades Extra-Familiares

Las actividades extra-familiares se refieren al grado de participación que establecen estas familias con las Redes de Apoyo sociales, tanto formales como informales de la comunidad.

Gráfico 5.11: "Actividades Extra-Familiares"
(Frecuencias)



(Elaborado por Equipo Seminarista)

Se observa que un número no menor de familias entrevistadas se encuentra vinculada a algún tipo de actividad, siendo las más recurrentes, la iglesia y las actividades relacionadas al colegio, lo cual se establece como un factor positivo, ya que permite una mayor relación de las familias con el entorno social, permitiendo con ello un mayor acceso a las Redes de Apoyo.

Estas Redes de Apoyo, corresponden a un grupo de personas, miembros de una familia, vecinos, amigos o pertenecientes a alguna institución, capaces de aportar una ayuda, tanto real como duradera a un individuo o a una familia.

Cabe destacar que el 40% de las familias señala no tener ninguna participación en actividades extras. Esta situación se produce, en algunos casos,



por la falta de tiempo que manifiestan los padres de los pacientes, debido a las extensas jornadas laborales que mantienen, y cuyas actividades se relacionan más con salir los fines de semana o aprovechar de permanecer en su hogar, en familia; a ello se suman otros factores relacionados con la falta de interés en vincularse y también la falta de recursos económicos.

Por último, es necesario recordar que la familia desarrolla una dinámica dentro de un ámbito interior, pero paralelamente recibe constantes influencias de los sectores externos a ella. Por ello, es importante destacar las Redes Sociales principales a las que acuden las familias:

Tabla 5.22: "Redes formales con las que se vincula la familia"

Redes Formales	Nº de Familias que se vinculan con la red	Porcentajes
Municipalidad	2	13.3%
ONG	2	13.3%
Estatal: (Suf, Pasis)	2	13.3%
No recibe ningún tipo de ayuda	9	60%

(Elaborado por Equipo Seminarista)

Es importante señalar que la razón por la que 9 familias no reciben ningún tipo de ayuda de Redes, se debe principalmente a los ingresos que perciben los padres, los cuales no los hacen acreedores de los beneficios mencionados, ya que su situación económica no es tan compleja como la de otros pacientes.

Generalmente, la gran mayoría de las familias que reciben ayuda de la Red Social, son grupos de escasos recursos, cuyo ingreso no es superior a los \$300.000 (trescientos mil pesos), lo cual es bastante precario, si se considera que gran parte de estas familias cuentan con un número importante de integrantes, algunos de ellos con patologías severas, y muchos casos provenientes de lugares lejanos a la ciudad.



5.1.3 Historia de Salud Mental Familiar

- *Estrés Familiar*

La familia es un sistema activo que se afecta por todo tipo de tensión originada fuera y dentro de la familia; frente a estos eventos se impone un proceso de adaptación o de transformación de las interacciones y de las reglas familiares capaces de mantener, por un lado, la continuidad de la familia y por otro, permitir el crecimiento de sus miembros.

Es importante tener en consideración que existen variados tipos de estresores y la forma como lo enfrente la familia es fundamental, ya que a partir de ello, dependerá el bienestar familiar.

➤ Estresores no normativos

La familia está condicionada a vivir eventos estresantes inesperados. De acuerdo a las entrevistas realizadas a las familias, éstas manifestaron distintos puntos de vista a la hora de enfrentarse a situaciones complejas. Por ello, se puede destacar lo siguiente:

Gráfico 5.12: “Reacción de la familia frente a un evento inesperado”
(Frecuencias)



(Elaborado por Equipo Seminarista)



Lo expuesto refleja que las familias, a pesar de las circunstancias que les afecten, se adaptan a ellas de la mejor forma posible. Esto se evidencia en el hecho de que, en primera instancia, hubo un desequilibrio en el hogar, ante la patología presentada por el hijo, la que con ayuda del Hospital, aprendieron a sobrellevar y a ajustarse a la situación. Así lo manifiesta el siguiente comentario:

"Al principio me sentía mal, lloraba mucho, pero ahora tengo que ayudarlo y hacerme la fuerte".
(Madre paciente S. M)

Es importante destacar que las familias tienden a manejar las situaciones estresantes con más éxito, cuando las definen de manera optimista y pro-activa. Por lo tanto, las estrategias de afrontamiento que adopte la familia serán claves a la hora de superar una crisis.

Respecto al resto de las familias, una de ellas, correspondiente al 6%, manifiesta que su reacción es pensar constantemente en el problema y angustiarse por dicha situación. Esto se debe, fundamentalmente, a que estas familias se ven sobrepasadas por el evento estresor, superando por tanto sus recursos de afrontamiento y dificultando, con ello, su ajuste y adaptación.

En cuanto a lo que las familias han sentido respecto de la enfermedad de su hijo, ellas manifiestan actitudes bastante pesimistas, como el siguiente comentario:

"Con pena, porque queríamos que el Nicolás fuera como su hermana". (Madre paciente N. Z)

Al focalizar lo anterior al ámbito del tratamiento, se observó que estas familias atribuyen a los profesionales mayor responsabilidad del mejoramiento y estabilidad del paciente, que a sí mismas.



- *Acumulación de estrés*

La suma de estresores normativos y no normativos, además de las tensiones intrafamiliares que están impactando simultáneamente en el sistema familiar, es causante de la acumulación de estrés dentro de la familia.

Es por ello, que se pretende considerar la Historia de salud familiar, ya que la presencia de este factor será clave para saber si las familias han presentado factores de estrés a lo largo de su historia. Para esto se considerará los problemas psiquiátricos o de salud mental de los integrantes directos e indirectos en las familias de los pacientes entrevistados:

Tabla 5.23: "Historia de Salud Mental Familiar"

Antecedentes de Historia de Salud Mental Familiar	Nº de Casos	Procedencia
Sí	6	4 casos por Línea Materna
		1 Caso por Ambos Padres
		1 caso por parte de hermano
No	9	

(Elaborado por Equipo Seminarista)

Como se puede observar, 6 pacientes presentan antecedentes de Salud Mental Familiar, donde en gran parte de los casos, las patologías son desarrolladas por la línea Materna, ya sea por la madre o por la abuela, presentando la gran mayoría esquizofrenia y casos de crisis de pánico y psicótico. Cabe señalar que, según los antecedentes recogidos, la mayoría de estos casos no estuvo en tratamiento o éste fue incompleto.

Al presentar antecedentes de salud mental familiar, la situación patológica del paciente se ve relacionada directamente a los factores de salud presentados por la familia, ya que muchos de los casos corresponden a factores hereditarios.



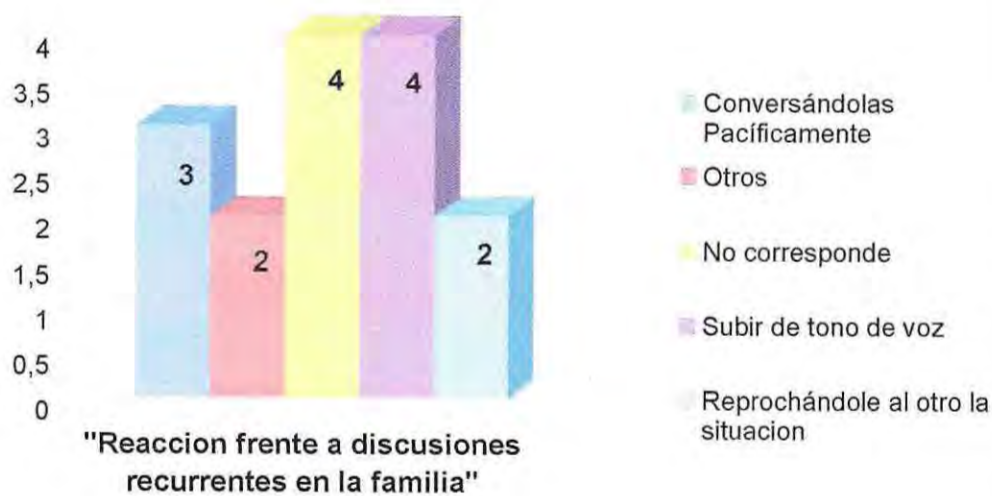
Respecto al resto de los casos, nueve pacientes no presentan antecedentes de Patologías de Salud Mental en la familia, por lo tanto, su situación está relacionada a otros factores, como por ejemplo, abandono de los padres, consumo de drogas o alcohol por alguno de los progenitores, situaciones de maltrato infantil, entendiéndose por esto, violencia intrafamiliar durante la niñez y abuso sexual, entre otros, o por factores orgánicos y externos, tales como situaciones ocurridas en relación al Colegio.

Entre las patologías que afectan a los pacientes, se encuentran la Esquizofrenia, el Mutismo selectivo, los Trastornos de personalidad, la Fobia escolar, el Trastorno depresivo, intentos suicidas, episodios psicóticos, entre otros.

- *Estrategias de Afrontamiento*

Se refiere a la definición que hace la familia de la severidad del estresor experimentado y de sus demandas adicionales, y cómo el estresor influye en los diferentes procesos del sistema familiar. Para ello nos abocaremos principalmente a la comunicación familiar:

Grafico 5.13: "Reacción frente a discusiones recurrentes en la familia"
(Frecuencias)



(Elaborado por Equipo Seminarista)



Es posible destacar, de acuerdo a los antecedentes recogidos, que 4 familias, correspondientes al 26% de los casos, tienden a subir el tono de voz frente a una discusión, lo cual evidencia que no se da una instancia para el diálogo, sino que el objetivo es sobreponerse al otro, llegando, en ocasiones, a los gritos y no permitiendo el espacio para una conversación más pasiva.

Igual situación ocurre con aquellas dos familias, correspondientes al 13 % de los casos, que declaran reaccionar frente a una discusión reprochando a otros la situación que los afecta. En estos casos, el problema siempre será dirigido hacia algún integrante de la familia, traspasando a éste la responsabilidad de la problemática que les aqueja. Esto generará, por lo tanto, un mayor estrés dentro de la familia, el cual puede influir en los diferentes procesos del sistema, tales como organización familiar, comunicación, autoestima, etc.

Estos patrones comunicacionales que desarrollan los padres, serán los referentes que utilizarán los pacientes a la hora de enfrentar una discusión, lo cual no es positivo, debido a que, al no tener otros referentes, no desarrollarán otras estrategias de afrontamiento. Aquí se evidencia, por lo tanto, la falta de mecanismo en la resolución de conflictos, por parte de estas familias.

En cuanto al resto de los casos, tres familias, correspondientes al 20%, declaran que las discusiones las enfrentan pacíficamente, lo cual permite que las opiniones sean escuchadas y, de esa manera, las situaciones de estrés pueden ser controladas de mejor forma.

Al focalizar este tema hacia el tratamiento del paciente, las familias que buscan canales de comunicación que permitan el diálogo, tenderán a enfrentar de mejor forma la patología u otros problemas, a diferencia de las familias que discuten sin llegar a acuerdos, lo cual perjudica, además, la adherencia al tratamiento.



5.2 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Este aspecto responde al segundo objetivo específico de la investigación y consta de la percepción de la familia hacia el tratamiento.

5.2.2 Percepción familiar del tratamiento.

- *Nivel de Satisfacción en relación al Tratamiento*

Este apartado se focalizará en la opinión de la familia, respecto a la consolidación de los hábitos estimulados por el Hospital y el desarrollo de habilidades socio-emocionales, que facilitan el logro de una mayor autonomía funcional e integración social de los usuarios.

- Opinión acerca del Tratamiento del paciente según perspectiva familiar:

Gran parte de las familias mantiene un sentimiento positivo en relación al tratamiento; es así como, en algunos casos, incluso, el tratamiento es visualizado como la solución a todos los problemas en el hogar. Así lo manifiesta el siguiente comentario:

*"Espero que se solucionen todos los problema"
(Madre de Paciente D. L)*

Esto puede relacionarse con lo mencionado anteriormente respecto de la Dinámica Familiar, donde se responsabilizaba al niño del desequilibrio en el hogar; desde la perspectiva familiar, un tratamiento efectivo solucionaría sus problemas.

Por otra parte, la gran mayoría de las familias, ven el tratamiento como una forma de superación en la vida del paciente:

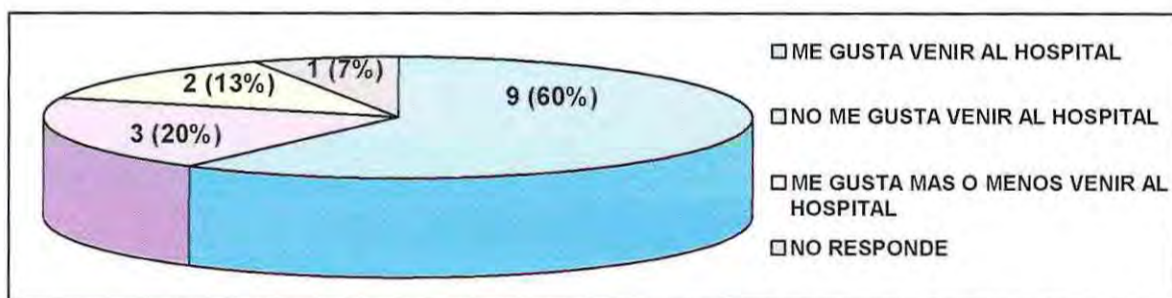
"Que trate de superarse, de mejorar. Y que aprenda a convivir con la enfermedad socialmente". (Padre de paciente N. T)

En general, la mayor parte de los padres esperan que, a través del tratamiento, su hijo logre establecerse socialmente, que pueda realizar sus actividades normalmente, que establezca relaciones de amistad con sus pares, que sepan desenvolverse bien, etc.

➤ Opinión acerca del Tratamiento según la perspectiva del Paciente

En relación a cómo los niños perciben el tratamiento en el Hospital Diurno, es importante destacar si les agrada o no acudir a él:

Grafico 5.14: "Percepción en relación a la Asistencia al Hospital Diurno por parte de los Pacientes"
(Frecuencias y Porcentajes)



(Elaborado por Equipo Seminarista)

La gran mayoría de los niños da a conocer que sí les agrada ir al Hospital Diurno, señalando que aprenden cosas nuevas y les ayuda a cambiar de ambiente.

Llama la atención lo expresado por los pacientes, ya que relacionan su agrado de asistir al Hospital a aprendizajes y a cambios de ambiente, lo que



denota que su ambiente familiar no es el más agradable para ellos o no logra contenerles de manera adecuada.

Por otra parte, hay quienes señalan que no les agrada asistir al Hospital Diurno, especialmente porque sienten que no mejoran:

"Pienso que nunca voy a mejorar" (Paciente N.Z.)

O también lo atribuyen a situaciones complicadas o conflictivas con los demás niños que asisten al Hospital:

"Antes me molestaban. Me agrada cuando vengo un solo día" (Paciente R.H.)

Estos hechos dan cuenta de que los niños sienten o perciben que los aspectos relevantes para sentirse cómodos, es un buen ambiente en el Hospital y por otra parte, muchos de ellos ven en él, una salida o escape a sus condiciones socio-familiares conflictivas.

- *Compromiso de la familia frente al tratamiento*

Todas las familias declaran haber hecho algo en relación tratamiento del paciente. Llama la atención que gran parte de las familias ha generado un acercamiento mayor a su hijo, evidenciado en el siguiente comentario:

"Lo apoyamos, ayudamos, le damos afecto, compartimos más tiempo con él, lo hacemos participar en más cosas de la casa". (Padre de paciente N. T)

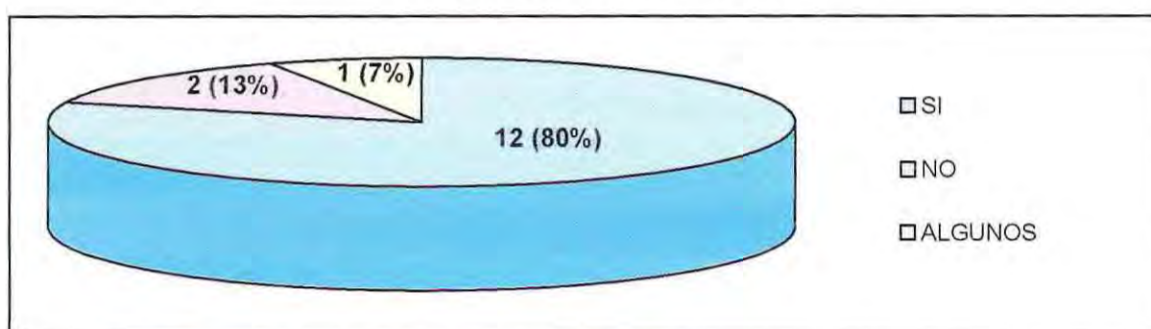
Otros padres, en cambio, ven reflejado su compromiso en relación al tratamiento en sí, tales como la asistencia a controles médicos, compra de fármacos, etc., no observándose, como en los casos anteriores, un mayor acercamiento afectivo hacia el paciente:

"Lo traemos al médico, compramos remedios, lo traemos al Hospital y conversamos con los profesionales". (Madre de paciente de N. Z)

- Perspectiva de la familia frente a los avances del paciente

Respecto a los avances frente al tratamiento del paciente, las familias sostuvieron distintos puntos de vista, los cuales se reflejan en lo siguiente:

Grafico 5.15: "Avances en el tratamiento del Paciente"
(Frecuencias y Porcentajes)



(Elaborado por Equipo Seminarista)

Se observa que de un total de quince familias entrevistadas, doce de éstas, correspondientes al 80% de los casos, sostienen que sí han visto avances en el tratamiento de su hijo, lo cual, según manifestaciones de los padres, se ha visto reflejado en muchas actitudes:

"Tiene más personalidad, va a la escuela solo a hacer sus trámites. Está más independiente; se va y se viene solo del Hospital. Habla y conversa más"
(Madre de paciente S. M)

Otros padres han visto reflejado el cambio también en aspectos como la disciplina, rendimiento escolar, etc. Sin embargo existen situaciones contrarias a lo anterior, donde dos familias, correspondientes al 13% de los casos, manifiestan no ver reflejado ningún cambio desde su tratamiento. Esto se evidencia en el siguiente comentario:



"Sus avances van de mal en peor" (Madre de Paciente D. L)

Generalmente, en estas familias se puede ver reflejada una situación de estrés, el cual no han podido superar ni tampoco han sabido adaptarse frente a la patología que afecta al paciente, haciendo, por lo tanto, más difícil el avance y la muestra de resultados positivos, frente al tratamiento.

- *Opinión de las familias en relación a la disposición de los profesionales del Hospital.*

Las familias, por lo general, muestran una apreciación positiva frente al personal y su desempeño. En el aspecto de acogida, cuando recién se incorporan o cuando necesitan recurrir al Hospital, las familias señalan de manera positiva:

"Buena acogida en general" (Padre de Paciente C.P.)

Además cuentan con la ayuda del personal en sus problemáticas asociadas tanto al niño con problemas de salud mental, como a la familia en general:

"...Me han escuchado en mis problemas o preguntas" (Madre de Paciente H.E)

En relación al grado de compromiso que ellos perciben, destaca el hecho de que todas las familias ven al Hospital de manera positiva y sólo manifiestan molestia hacia determinados profesionales, con los cuales han tenido algún problema transitorio:

"Bueno, tuve un problema con pero eso ya quedó en el pasado" (Madre de Paciente R.H.)

En lo que respecta al compromiso de los profesionales y su atención, como se mencionó, es positiva, en general:



“Lo han atendido bien...están comprometidos”

(Madre de Paciente A.M.)

- *Opinión de los pacientes en relación a la disposición de los profesionales del Hospital.*

En este apartado se dará a conocer la percepción de los niños, respecto a la disposición de las personas que trabajan en el Hospital:

Tabla 5.24: “Percepción de los Pacientes respecto a los Funcionarios del Hospital Diurno”

Funcionarios del Hospital Diurno	Respuesta de los niños	Frecuencias
Cocinera	Me agrada	12
	Me agrada más o menos	1
	No me agrada	0
	No conoce a la persona	1
	No responde	1
Monitores	Me agrada	12
	Me agrada más o menos	1
	No me agrada	0
	No conoce a la persona	1
	No responde	1
Secretaria	Me agrada	10
	Me agrada más o menos	2
	No me agrada	1
	No conoce a la persona	1
	No responde	1

(Elaborado por Equipo Seminarista)

En general, los niños califican a los funcionarios de buena manera, expresando que les agrada su actitud hacia ellos, lo cual tendría relación con la cercanía hacia la persona mencionada. Sin embargo, también hay funcionarios que son evaluados en forma negativa, ello como producto de haber vivenciado o presenciado situaciones poco favorables con el trabajador en particular.

Es importante destacar además cómo los niños, pacientes del Hospital Diurno, perciben a los profesionales del mismo:



Tabla 5.25: "Percepción de los Pacientes respecto a los Profesionales del Hospital Diurno"

Profesional del Hospital diurno	Respuesta de los niños	Frecuencias
Asistente social	Me agrada	9
	Me agrada más o menos	3
	No conoce a la persona	2
	No me agrada	0
	No responde	1
Enfermera	Me agrada	11
	Me agrada más o menos	2
	No me agrada	0
	No conoce a la persona	1
	No responde	1
Psicóloga	Me agrada	12
	Me agrada más o menos	2
	No me agrada	0
	No conoce a la persona	0
	No responde	1
Psiquiatra	Me agrada	7
	Me agrada más o menos	2
	No me agrada	4
	No conoce a la persona	1
	No responde	1
Psicopedagoga	Me agrada	10
	Me agrada más o menos	1
	No me agrada	0
	No conoce a la persona	2
	No responde	2
Paramédico	Me agrada	13
	Me agrada más o menos	1
	No me agrada	0
	No conoce a la persona	0
	No responde	1
Terapeuta ocupacional	Me agrada	14
	Me agrada más o menos	0
	No me agrada	0
	No conoce a la persona	0
	No responde	1

(Elaborado por Equipo Seminarista)

Como puede observarse, la mayoría de los pacientes indican que los profesionales le agradan, lo que indica el buen trato y relación con ellos.

Sin embargo, llama la atención que ciertos profesionales no sean tan bien evaluados, lo que se relaciona con instancias conflictivas vivenciadas por las familias, en las que el profesional ha debido intervenir y que, desde la perspectiva del paciente, se siente como algo amenazante.



Por ejemplo, hacia una de las profesionales, se señala lo siguiente:

"No me agrada, porque me amenazó con internarme en Sename; ahora trato de mejorar, ignorando lo que me dice respecto a ese tema"
(Paciente N.Z.)

Por otra parte, también se han referido a otra profesional, de la siguiente manera:

"No le tengo confianza, porque me iba a llevar a un hogar" (Paciente R.H.)

Estos aspectos son importantes de tener en cuenta, ya que debe existir una buena comunicación entre los pacientes y los profesionales, a fin de que al niño se le transmita los mensajes de manera adecuada y no los perciba como algo amenazante.



CAPÍTULO 6

SÍNTESIS

El presente Estudio se enmarcó en describir los principales factores Socio-familiares de los Pacientes del Hospital Diurno Infanto-juvenil, que influirían en su adherencia al tratamiento otorgado por la mencionada institución de salud.

Es por ello que se investigó el Contexto Socio-familiar y la Percepción individual del paciente y su familia, de manera que pudiesen identificarse los principales aspectos que generarían mayor o menor adherencia al tratamiento.

En el *Contexto Socio-familiar*, se incluyó la **Composición familiar**, lo que dio como resultado que la distribución de las familias era de un 44% de familias nucleares biparentales, seguida de un 31% de familias extensas monoparentales, un 13% de familias extensas biparentales, un 6% de familias nucleares monoparentales y, en el mismo porcentaje, las familias extensas compuestas.

Ello da a conocer que la distribución de los roles familiares son, en general, asumidos por ambos padres, pero, también que, en el caso de los monoparentales, quien toma el rol protagónico en la crianza y desarrollo de los hijos es, principalmente, la madre.

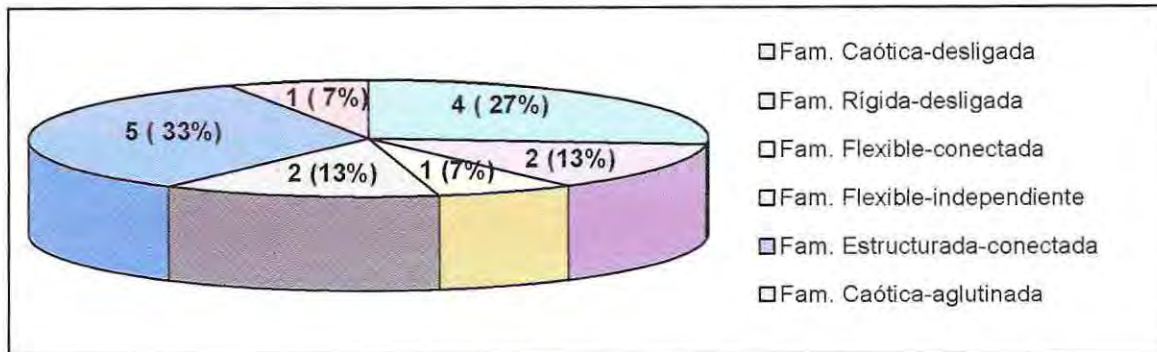
Desde esta perspectiva, las familias que presentan a ambos padres, tendrían mayor capacidad para asumir y contribuir en la mejora de las psicopatologías y problemáticas de salud mental de los pacientes. Pero cuando se presenta una sola figura, ya sea paterna o materna, se generan instancias que sobrecargan a la familia y que no propician la mejora de los pacientes, al no tener un mayor apoyo.

Se destaca, por otra parte, la **Dinámica Familiar** desde el Modelo de Olson, que da a conocer las relaciones de la familia desde el punto de vista de sus roles, normas y comunicación a nivel familiar, estableciendo categorías de adaptabilidad, cohesión y comunicación familiar.



Al establecer la dinámica familiar desde *la Adaptabilidad y Cohesión*, surge lo siguiente:

Grafico 6.1: "Dinámica Familiar desde el Modelo de Olson (Adaptabilidad y Cohesión)"
(Frecuencias y Porcentajes)



(Elaborado por Equipo Seminarista)

Como puede observarse, una gran parte de las familias (4 de 15) corresponde a aquellas de tipo *Caóticas-Desligadas*. Estas familias se caracterizan por la poca adaptabilidad frente a las problemáticas o situaciones de cambio, en las que nada está bien definido, lo cual no otorga seguridad ni orden a los niños, aspecto necesario para quienes están atravesando la etapa vital con hijos adolescentes y que, además, padecen de alguna enfermedad o problemática de salud mental, ya que necesitan de familias que puedan protegerlos, orientarlos y contenerlos.

Además, se suma el hecho de la poca cohesión en ellas (Desligadas), lo que contribuye aún más a que los niños, en estas familias, no tengan puntos de apoyo ni personas significativas con quienes contar y con quienes compartir sus problemáticas o situaciones, en torno a su enfermedad.

Otro tipo de familia, la *Desligada-Rígida*, que también alcanza una frecuencia importante (2 de 15), presenta las características recientemente señaladas, sumado a éstas el hecho de que todo está establecido e inmovilizado, sin que nadie pueda oponerse a lo decretado por los padres o familiares a cargo del niño; ello torna el ambiente familiar muy hostil frente al menor, con escasa



autonomía y autenticidad, ya que las muestras de cariño o expresión de sentimientos están constantemente condicionados.

Están presentes, además, las familias *Caóticas-Aglutinadas*, que se caracterizan, por una parte, por el desorden en los roles y funciones familiares y, por otro lado, por el hecho de que los miembros aparecen sobreinvolucrados en los conflictos de unos y otros, lo que no permitiría la diferenciación entre sus miembros.

Este aspecto es relevante, ya que, si el niño presenta una problemática de salud mental, se tiende a usarlo como chivo expiatorio y no como síntoma de lo que está experimentando la familia; esto provoca sentimientos de rechazo hacia el paciente, lo cual al ser percibido por él, no contribuye a que el tratamiento sea efectivo.

Las familias *Flexibles-Conectadas*, *Flexibles-Independientes* y *Estructuradas-Conectadas*, son las que propiciarían de mejor manera que los pacientes pudieran desarrollarse y se ajustaran a la etapa del ciclo vital que presentan, lo que contribuiría a que las familias contengan y ayuden al paciente, dando como resultado una mejor adherencia al tratamiento, por parte de los niños que pertenecen a ellas.

Otro aspecto destacado en el Modelo de Olson es la *Comunicación*, donde se plantea que los mensajes familiares deben ser congruentes y debe propiciarse la libertad en la expresión de los sentimientos.

Por una parte, las familias deben ser capaces de enviar mensajes que no sólo sean comprendidos por los niños, sino que, además, sean consecuentes y no se produzcan dobles discursos.

En relación a esto, la mayoría de las familias no logra ponerse de acuerdo en algo tan relevante como las normas familiares. Este hecho contribuye a que los niños no tengan claridad al respecto y, a la vez, se produzca un doble vínculo, en el que un familiar dice una cosa y otro familiar indica otra. Esto causa inseguridad





en el niño, que no sabe cómo responder frente a las exigencias de unos y otros, y provoca conflictos a nivel familiar, por la incongruencia y poca claridad en lo que se expresa ante los demás.

Por otra parte, en cuanto a la expresión de sentimientos, las familias señalan como parte de su sistema de vida, el manifestar su preocupación por lo que les ocurre a sus hijos y la intención de satisfacer las necesidades familiares inmediatas; sin embargo, no dan libertad a la expresión de sentimientos propiamente tales, lo cual puede ser atribuido a un escaso entrenamiento emocional y contención familiar.

Lo anterior no contribuiría a que los pacientes pudieran continuar, de manera adecuada, su tratamiento, ya que no cuentan con espacios mayores para la expresión de sentimientos y sensaciones, aspectos necesarios para que el niño pueda desarrollarse de la mejor forma y dar a conocer lo que siente respecto de su enfermedad u otras situaciones relacionadas con ella.

Llama la atención que, en cuanto a aspectos de índole personal, la mayoría de las familias prefiere contar con el apoyo de un integrante de su familia de origen, en lugar de su núcleo familiar.

En cuanto a los **Estilos de Crianza**, es importante destacar que las familias del Hospital Diurno atraviesan las etapas de ciclo vital, entre la "*individualización de los miembros de la familia versus organización pseudo mutua*", cuando las familias tienen niños propiamente tal, y el "*compañerismo versus aislamiento*", cuando atraviesan los cambios propios de la pubertad de sus hijos, es decir, la adolescencia.

Destaca el hecho de que, en la mayoría de las familias, hay padres a los cuales se les denomina *entrenadores emocionales (afectuosos y tolerantes)*, que conversan con sus hijos y buscan las mejores soluciones frente a las problemáticas que puedan presentarse. Desde esta perspectiva, las familias propiciarían que sus hijos puedan seguir de mejor manera los tratamientos y superar sus problemas de salud mental.



Sin embargo, es importante señalar también, que la investigación da cuenta de que hay aspectos en los Estilos de crianza, que no contribuirían a la adherencia del tratamiento, como es el caso de las familias que tienen normas rígidas o reprimen la expresión de los sentimientos por parte de los hijos.

Otro aspecto relevante son los **Factores protectores y de riesgo de las familias**, en los que se destacan aquellos relacionados con el paciente en sí (personales) y desde la familia (familiar y social).

En cuanto a los factores de índole *personal*, el estado de ánimo de la mayoría de los pacientes, denota poca motivación y escaso entrenamiento emocional para enfrentar, de manera adecuada, los obstáculos que se les pudieran presentar, lo cual afecta negativamente su adhesión al tratamiento.

Sin embargo, la investigación permite afirmar que, en cuanto a los factores de índole *familiar*, la mayoría manifiesta estar entrenado socialmente y logra establecer relaciones adecuadas, lo que contribuiría a una mejora en la enfermedad.

En cuanto a la *resolución de conflictos*, la gran mayoría de los pacientes pide ayuda para enfrentarlos; este aspecto se relaciona con las propias problemáticas de los niños y su enfermedad, pero también con la forma en que las familias asumen su rol de entrenadores sociales, es decir, si dan al niño la suficiente independencia para desarrollarse, o le entregan demasiada libertad para hacerlo o, simplemente, obstruyen su necesidad de desarrollo.

Por otra parte los *factores de índole familiar y social*, son muy relevantes a la hora de apoyar al niño en el desarrollo de habilidades sociales y contenerlo en las situaciones problemáticas, como las que les aquejan a los niños del Hospital diurno.

En cuanto a las personas que comparten principalmente con el paciente, se da a conocer que es la madre con quien el paciente tiene mayor cercanía o comparte más, lo que pone de manifiesto, nuevamente, que siendo varias las



familias de tipo monoparental, éstas están a cargo de la madre especialmente y que, incluso, en la que ambos padres se encuentran presentes, es la madre la que ejerce un papel principal.

La falta de equilibrio en los roles parentales, contribuye a que los pacientes puedan presentar menor adherencia al tratamiento, al verse sobrecargado el sistema familiar.

En cuanto a los *ingresos económicos*, se puede señalar que no todas las familias cuentan con los recursos suficientes para el traslado de los pacientes, lo que puede afectar su hospitalización y con ello, retardar la mejoría esperada.

Cabe señalar, sin embargo, que se presentan otras razones para que, familias con altos ingresos económicos, disminuyan su adherencia al tratamiento, lo cual permite deducir que este aspecto no sería determinante en relación a ello.

Otro aspecto relevante es la *escolaridad del encargado personal del niño*, ya que se postula que, mientras más escolaridad presente esta figura, más posibilidades tiene el niño de desarrollarse mejor y tener un ambiente que le ayude a desenvolverse en aspectos intelectuales y sociales.

Al respecto, es el padre quien tiene mayor educación (contada en años y de tipo formal) y, en las familias biparentales, es el que sostiene a la familia. La madre, por su parte, presenta menos nivel educacional y se dedica, mayormente, a las labores domésticas, en especial, al cuidado de los hijos.

Estos hechos pondrían de manifiesto que el menor nivel educacional de la madre, en su mayoría a cargo de los hijos y de los asuntos relacionados con la salud del niño, no propiciaría la adherencia al tratamiento, ya que tendería a no comprender a cabalidad la enfermedad y situación del niño, como paciente del Hospital.

Otro aspecto a señalar, es el que dice relación con las *actividades extra-familiares*, donde destaca el hecho de que la mayoría de las familias no las tienen,



lo que podría ser negativo a la hora de necesitar apoyo para el tratamiento del paciente, al no estar vinculado a ningún tipo de Red Social.

Cabe señalar que la **Historia de salud mental familiar**, es un aspecto muy relevante para comprender el origen de las problemáticas que presentan los niños.

En este sentido, cuando se habla de *estresores no normativos*, es decir, no esperados desde el punto de vista del ciclo vital familiar, la mayoría de las familias consultadas responderían a ellos de manera satisfactoria y lograrían establecer maneras de afrontarlos eficazmente, lo que contribuiría a que hubiese mayor adherencia al tratamiento, por parte de los niños.

Por otra parte, se pudo constatar que la mayoría de las familias (9 de 15) no posee *Historia de salud mental*, aunque un número no menor (6 de 15) sí presentan, por línea colateral y directa, enfermedades similares a las del paciente. Ello pondría en evidencia que este aspecto es relevante en relación al tratamiento, más aún cuando los miembros de las familias que presentaban dichas patologías, no lo tuvieron o no fue completado por los afectados, lo que pondría en riesgo que la familia repita este patrón y, por lo tanto, no se posibilite la adherencia al tratamiento en forma adecuada.

Por otra parte, las *estrategias de afrontamiento* de las familias frente a situaciones conflictivas y repetitivas, se caracterizan, principalmente, por ser de índole más bien negativa que positiva, en donde si estas formas de afrontar no son las adecuadas, contribuyen a que existan ciclos reiterativos en los cuales no se logre de manera eficaz ayudar y apoyar al paciente para su mejora.

En cuanto a la **percepción de las familias del tratamiento**, la gran mayoría siente que éste es adecuado y cumple con sus expectativas; sin embargo, atribuyen gran parte del éxito al Hospital más que a ellos mismos, lo que denota que tienden a desligarse o ponerse en segundo lugar, en su contribución a la adherencia del tratamiento del paciente.



En relación a cómo los *niños perciben el tratamiento*, destaca el hecho de que a la gran mayoría, le agrada ir al Hospital y salvo excepciones, no tienen problemas en cuanto a presentarse y estar en él.

Respecto al compromiso en la adherencia al tratamiento de los pacientes, puede señalarse que las familias lo han asumido y buscan cómo colaborar para que el paciente mejore; sin embargo, como se mencionaba anteriormente, relacionan este hecho más bien con lo que les pueda entregar el Hospital, más que con lo que ellos pueden contribuir como familia.

En cuanto a los *avances de los pacientes* desde que se encuentran en el Hospital, la mayoría de las familias manifiesta que sí han visto logros, especialmente desde el punto de vista de sus habilidades sociales. Sin embargo, las familias que no han percibido avances en sus hijos, se muestran bastante pesimistas en relación al tratamiento.

La *disposición de los profesionales*, por su parte, es evaluada de manera positiva por las familias, quienes agradecen la ayuda brindada en las diferentes situaciones que se les han presentado, en relación al niño.

Sin embargo, en algunos casos específicos, la *percepción de los niños* no coincide con la de las familias, ello debido a instancias conflictivas en las que aquéllas se vieron involucradas, razón por la cual el profesional debió intervenir y que el paciente percibe como algo amenazante.



IV PARTE: CONCLUSIONES Y PROPUESTAS



CONSIDERACIONES PRELIMINARES

En esta cuarta parte del Seminario de Título, se inserta el Capítulo 7, en donde se da a conocer las principales Conclusiones en torno a la investigación, con el fin de comprender de mejor manera el fenómeno tratado.

Además, se establecen los principales hallazgos y aprendizajes adquiridos en este Estudio, los cuales dan cuenta de los resultados más importantes en relación al objetivo de este Seminario de Título.

Por otra parte, en el Capítulo 8 se presentan reflexiones en relación a la temática y el contexto institucional, a fin de poder establecer algunos lineamientos que permitan realizar una mejor intervención con los pacientes y sus familias, tanto a los profesionales como a la Institución misma.

Finalmente, en el Capítulo 9 se da a conocer la bibliografía utilizada para la realización del Seminario y en el Capítulo 10, se presentan los Anexos que se constituyen en los Instrumentos de recolección de datos.



CAPÍTULO 7:

CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN

7.1 CONCLUSIONES TEMÁTICAS

Al inicio de este Seminario de Título, se constató la escasez de estudios en relación a aquellos factores que influirían en la adherencia al tratamiento de pacientes con problemas de salud mental, desde el punto de vista socio-familiar y, especialmente, cuando éstos son niños o adolescentes.

Es por ello que se constituyó este estudio, para lograr dar una primera mirada en relación al tema de la adherencia al tratamiento, en relación al contexto socio-familiar.

Si bien muchas enfermedades de índole psicopatológica, son de tipo orgánico, muchas otras se hacen patentes cuando algunos aspectos sociales y, sobre todo familiares, contribuyen a que éstas se manifiesten.

Dado que la familia cumple un rol primordial en la formación de los hijos, en su desarrollo y contención, especialmente cuando se trata de niños y adolescentes, la eventualidad de que alguna de estas características familiares falle o no se presente de forma adecuada, puede generar la manifestación de alguna enfermedad mental.

Este estudio pretendió dar cuenta de una caracterización Socio-familiar de los Pacientes Infanto-juveniles del Hospital Diurno de Viña del Mar, ya que al ser las familias el eje fundamental del desarrollo y crecimiento personal y social de los hijos, se tornó relevante conocerlas desde su interior e indagar cómo son aquéllas que albergan a pacientes con problemas de salud mental, tanto adolescentes como niños.

Los antecedentes aportados por la investigación realizada, permiten concluir que los Factores Socio-familiares y las Percepciones de las Familias en



torno al tratamiento, influyen en que los pacientes lo mantengan o desistan de él, lo cual se debe a que, como menores de edad, dependen de lo que la familia determine.

7.2 PRINCIPALES HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN

En relación a los hallazgos encontrados en el presente Seminario de Título, éstos pueden dividirse de la siguiente manera:

Figuras familiares significativas para el paciente:

La mayoría de las familias de los pacientes del Hospital Diurno, presentan una carencia de equilibrio en los roles familiares, siendo la madre la principal figura encargada del cuidado personal del niño, seguida de otros familiares.

Aun contando con el padre en familias biparentales, éste no se reconoce como a cargo del paciente, por lo que se da cuenta de la falta de responsabilidad de aquél en relación a los hijos y, principalmente, hacia el niño paciente del Hospital.

En relación a los otros familiares a cargo, destacan los abuelos, quienes se encargan del cuidado personal de los niños y toman la responsabilidad de criarlos y mantenerlos, incluso habiendo una figura materna o paterna en el hogar. Sin embargo, cabe mencionar que esta situación puede provocar una brecha generacional que pudiera derivar en algún conflicto, tanto en lo que respecta a roles como en cuanto a formas de expresarse y relacionarse, entre los miembros de la familia.

Características familiares principales:

Desde el punto de vista de la Dinámica familiar (Modelo de Olson), las familias del Hospital Diurno que, de acuerdo a sus características, podrían propiciar más la adherencia al tratamiento, serían las de tipo Flexible-Conectada, Flexible-Independiente y Estructurada-Conectada. Ello, debido a que estas



familias podrían adaptarse de mejor manera a la condición del paciente y ayudarlo a mejorar, puesto que son familias que están más unidas y que promueven el desarrollo de los hijos.

Para las familias con niños, el más adecuado es la de tipo Estructurada-Conectada, ya que en esta etapa del ciclo vital es relevante que los pacientes sepan a qué atenerse y cómo responder a las demandas familiares, además de tener claridad en relación a sus vínculos y a la capacidad que la familia tiene para dirigirlos.

En las familias con adolescentes, en cambio, son adecuados los tipos Flexibles-Independientes o Flexibles-Conectadas, ya que en esta etapa es necesario que la familia contenga a sus miembros, de manera que haya no sólo espacios de toma de decisiones familiares, sino también individuales, hecho que este tipo de familias debe propiciar.

Las familias antes mencionadas constituyen, en su totalidad, un 53% (8 de 15) del total investigado, lo que pone de manifiesto el hecho de que la mayoría de ellas propiciarían la adherencia al tratamiento.

A su vez, las familias que por el contrario, no propiciarían esta adherencia, serían las Caótica-Desligada, Rígida-Desligada y Caótica-Aglutinada, las que constituirían el 48% (7 de 15) del total de familias estudiadas.

Estas familias tienen en común que, desde el punto de vista de la adaptabilidad, no son capaces de establecer ajustes necesarios ni para la etapa del ciclo vital que atraviesan, como tampoco para la problemática de salud mental de un miembro de la familia. Por ello, no responden de manera adecuada a las situaciones que se les plantean y, por lo mismo, no contribuirían a la adherencia al tratamiento de los pacientes.

La gran mayoría de las familias del Hospital Diurno, desde el punto de vista de su comunicación, no dan mucha libertad a la expresión de sentimientos, hecho que puede deberse al poco entrenamiento emocional y contención familiar.



La comunicación es relevante en todas las familias, principalmente, en aquéllas en las que ocurren eventos estresores, como la enfermedad mental de sus miembros. Es por ello que, si las familias no tienen desarrolladas su capacidad de empatía y escucha, no serán capaces de enfrentar estas situaciones, por lo que, en este sentido, disminuye la posibilidad de adherir al paciente en el tratamiento.

Gran parte de las familias de los pacientes del Hospital Diurno son, desde el punto de vista de estilos de crianza, padres entrenadores emocionales (afectuosos y tolerantes).

Los estilos de crianza desde este punto de vista, ponen de manifiesto que la mayoría de las familias del Hospital Diurno tienen pautas adecuadas para el desarrollo de los niños.

Sin embargo, como mencionamos en el análisis de los datos, esto es sólo una parte de los aspectos relevantes en cuanto a la forma de enfrentar el desarrollo de los hijos, ya que si tienen una buena forma de criar a los niños, pero una inadecuada manera de comunicarse, pudieran no propiciar la adherencia al tratamiento.

En relación a los niveles educacionales de los progenitores, es el padre quien tiende a presentar mayor nivel educacional, debido a que es quien provee la mantención económica en el hogar. A su vez, el bajo nivel educacional de la madre, en su mayoría a cargo de los hijos y de los asuntos relacionados con la salud del niño, no ayudarían a desarrollar la confianza necesaria en el tratamiento.

La mayoría de las familias no presenta actividades fuera del hogar o del núcleo familiar, lo que manifiesta la auto-absorción que las familias tienen en sí mismas, hecho que se explica por una parte, porque las familias deben estar pendientes de sus hijos con problemáticas de salud mental o por el hecho de no darle tanta importancia a aspectos extra-familiares ni a conectarse con Redes de la comunidad. Esto denota una falta de desarrollo social en las familias, en la que se incluye al niño y que influye en la baja adherencia de éste, al tratamiento.



Por otra parte, un número no menor de familias presenta problemáticas relacionadas con la salud mental en su historial, antecedente que sería altamente relevante para comprender la dinámica familiar y las enfermedades que presentarían los pacientes. Cabe señalar que la mayoría de estas enfermedades mentales provendrían desde la línea materna, lo que sumado a la escasez de tratamiento en ellas, afectaría de manera importante la adherencia al tratamiento por parte de los propios pacientes.

Percepción familiar frente al tratamiento

En cuanto a la *percepción familiar del tratamiento*, la gran mayoría siente que éste es adecuado y cumple con sus expectativas, aunque atribuyen gran parte del éxito al Hospital, más que a ellos mismos.

Las familias se sienten comprometidas con el tratamiento y buscan cómo ayudar en él; sin embargo, como se mencionaba anteriormente, relacionan este hecho con lo que les pueda entregar el Hospital en sí mismo.

El que las familias sientan que los profesionales cumplen con sus expectativas, propicia la adherencia al tratamiento, ya que manifiesta que existe una buena relación familia-profesional, lo que contribuye a que aquéllas se interesen y conozcan a mayor cabalidad la intervención, en relación a los pacientes.

Por otra parte, el compromiso familiar da como resultado que los pacientes tengan continuidad en su tratamiento, lo que permite ir avanzando para mejorar la salud mental de los niños.

La mayoría de las familias evalúan de manera positiva la forma en que los profesionales les han apoyado y ayudado, en relación a las diferentes situaciones que se les presentan en torno a sus hijos.

También reconocen avances en los pacientes, desde que se encuentran en el Hospital, sobre todo desde el punto de sus habilidades sociales. Este aspecto



es muy importante, ya que objetivo fundamental del tratamiento es que los pacientes puedan no sólo mejorar en cuanto a su enfermedad, sino también en lo relativo a su condición psicosocial, por lo que, si las familias dan cuenta de ello, las expectativas de continuar con el tratamiento se hacen aún mayores.

Características personales de los pacientes

Los niños pacientes del Hospital Diurno se caracterizan, en su gran mayoría, por no tener gran motivación y por carecer de un entrenamiento emocional que les permita enfrentar adecuadamente, los obstáculos o problemas que se les presenten.

Lo anterior tiene relación, por una parte, con las características de las familias y su manera de relacionarse con el paciente, pero por otro lado, también se debe a las particularidades propias de las enfermedades o problemáticas de salud mental que padecen los niños.

La mayoría de los pacientes tiene buenas relaciones con los demás, lo que pone de manifiesto que en este aspecto, al menos, logran estar entrenados socialmente y establecen relaciones adecuadas.

En cuanto a la resolución de conflictos, la gran mayoría de los pacientes pide ayuda para enfrentarlos, hecho que se relaciona tanto con la psicopatología que les afecta, como también con la forma de reaccionar de las familias, quienes, a veces, obstaculizan el desarrollo de las habilidades pertinentes, sobreprotegiendo al paciente o, simplemente, no colaborando en potenciar la mejor manera de resolver conflictos.

Los aspectos mencionados, conllevan la necesidad de que las familias asuman el desafío de mejorar las instancias de desarrollo para los pacientes, con el fin de motivarles y lograr que el niño reconozca y asuma la importancia del tratamiento para sus vidas.



La percepción de los pacientes en cuanto a la disposición de los profesionales es generalmente positiva, salvo aquellos casos en los que, por situaciones puntuales y relacionadas con las problemáticas familiares, los niños manifiestan cierto recelo o "amenaza" frente a los profesionales que afrontaron dichas situaciones con la familia.

Desde este punto de vista, es preciso que los profesionales manifiesten un especial cuidado, en relación a lo que transmiten a los niños, tanto en la comunicación verbal como en la no verbal, ya que ello repercute en la importancia que los pacientes pudieran dar al tratamiento y quieran continuarlo o no.

7.3 APRENDIZAJES ADQUIRIDOS EN EL SEMINARIO DE TÍTULO

El presente Seminario permitió adquirir aprendizajes relativos a Salud Mental, modalidades de atención, patologías y políticas de salud relacionadas con el área Infanto-juvenil, lo cual resulta relevante para la formación de todo Trabajador Social, ya que implica un desarrollo de las competencias en los ámbitos mencionados, contribuyendo a mejorar la intervención profesional.

Otro aspecto importante, es el conocimiento alcanzado en relación a las características socio-familiares de quienes presentan problemas de Salud Mental y sus repercusiones en el sistema familiar. Todo ello permite desarrollar la capacidad de empatía y comprensión dirigida hacia los pacientes atendidos, de manera que puedan darse instancias de entendimiento y respeto hacia ellos, lo que favorecerá tanto el crecimiento profesional como la intervención futura.

Relacionada directamente con la temática tratada en el presente Estudio, la identificación de los factores familiares principales que influyen en la adherencia al tratamiento, constituye un aspecto importante en la función del Trabajador Social, ya que ello permite conocer la realidad social del paciente, lo cual contribuye, a la vez, a aportar estrategias conducentes a abordar, de mejor manera, las diversas realidades en las que aquéllos están insertos.



Además, es importante destacar la adquisición de conocimientos en relación al desarrollo de la Metodología de trabajo, ya que se pudo conocer y manejar un programa específico (SPSS) para identificar resultados, en relación a las variables presentadas en el Seminario, lo que contribuyó a establecer de mejor manera los datos registrados en el Estudio.

En relación a esto, cabe destacar que la Metodología fue revisada en varias oportunidades durante el Seminario de Título, con el fin de que respondiera correctamente a su objetivo; ello permitió aprender a lidiar adecuadamente con las posibles complicaciones que pudieran presentarse, lo que constituye un aprendizaje tanto personal como profesional.

7.4 APORTES DEL SEMINARIO DE TÍTULO

No son pocos los Seminarios de Título en la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso, que se han abocado a la temática de Salud Mental; la mayoría ha puesto el enfoque en los adultos o en relación al ámbito escolar, apuntando, esencialmente, a su promoción y prevención.

A diferencia de ellos, el presente Estudio se ha dedicado a la Salud Mental Infante-Juvenil, en relación a su Tratamiento y Rehabilitación, lo que le constituye en pionero en este ámbito y genera nuevos espacios para conocer no sólo los aspectos preventivos, sino aquéllos relacionados con la rehabilitación y reinserción de los pacientes Infante-juveniles, en las áreas socio-familiares.

Al ser una Investigación Descriptiva, da a conocer una primera mirada hacia el fenómeno estudiado, por lo que deja de manifiesto el hecho de que, además, puedan generarse nuevas instancias de Investigación, que profundicen tanto la temática central como otras complementarias.

Además, da a conocer nuevos enfoques en los que el Trabajo Social se inserta, ya que es de real importancia conocer las maneras en las cuales las familias se desarrollan. Ello es parte de la labor y formación de todo Trabajador Social, puesto que indagar, conocer e identificar las características familiares,



sobre todo, cuando se interviene en Infancia y Adolescencia, es relevante para poder establecer una mejor intervención.

En relación a los resultados propiamente tales, se considera que ellos contribuyen a una mayor comprensión de la realidad Socio-familiar que rodea a los pacientes del Hospital Diurno, y de ser recogidos por esta Institución, ayudarían en la tarea que los diferentes profesionales han asumido, en beneficio de los niños y adolescentes que presentan enfermedades psiquiátricas.



CAPÍTULO 8:

PROPUESTAS Y SUGERENCIAS

Como ya se ha dado a conocer, en el resultado de la investigación realizada se ha podido establecer una relación directa de los factores Socio-Familiares en la Adherencia al Tratamiento; sin embargo, no es menor la incidencia de otros elementos, como son la Institución y los profesionales que en ella laboran, razón por la cual en el presente Seminario, se proponen una serie de acciones a seguir para futuras intervenciones.

8.1 DIRIGIDAS HACIA LOS PACIENTES

- Propiciar la contratación de Monitores con experiencia en:
 - Liderazgo
 - Trabajo con grupo de niños y adolescentes,
 - Conocimiento y manejo de dinámicas grupales,
 - Preparación en alguna área humanista y/o social.

- Distribuir a los pacientes según su edad, en dos niveles:
 - Pre-adolescentes (8 a 13 años) y Adolescentes (14 a 18 años) durante los días de atención, a fin de que las actividades que se apliquen sean más acordes a su etapa de desarrollo.

- Implementar actividades dirigidas a los pacientes:
 - De forma dinámica, mixtas y acordes a sus intereses.
 - Relacionadas a temáticas educativas específicas, tales como la resolución de conflictos, habilidades sociales, talleres de cocina, salud, culturales, entre otras; estas son actividades inexistentes actualmente en el recinto Hospitalario.



8.2 DIRIGIDAS A LA FAMILIA:

- Incorporar talleres de psico-educación a las familias:
- Tanto en el comienzo, durante el proceso y al término del tratamiento, a fin de generar mayor concientización respecto de la patología y el tratamiento.

8.3 SUGERENCIAS DIRIGIDAS AL PERSONAL DEL HOSPITAL:

- Promover en los profesionales su auto-evaluación:
- Respecto al trato y actitud que mantiene frente a los pacientes, ya que la presente investigación evidenció algunas situaciones conflictivas relacionadas con algunos profesionales.
- Respecto a las formas de comunicarse con los pacientes y familiares, a fin de minimizar sensaciones de miedo, rechazo y amenazas experimentados por estos últimos.
- Aumentar la dotación profesional y las horas de atención psicopedagógica, durante la semana.
- En relación a los antecedentes recogidos en este Estudio, se dan a conocer los siguientes puntos para tener en cuenta por parte de los Profesionales del Hospital Diurno:
 - La *composición familiar* de los pacientes, ya que identifica entre otras cosas, quiénes integran la familia, los miembros adultos dentro de ella, y en los casos de pacientes menores de edad, quién asume el rol de estar a cargo de ellos.
 - La *dinámica familiar*, clasificándola desde la Adaptabilidad y Cohesión, a fin de conocer cómo las familias se han ido desarrollando y, de esta forma, saber si se han adaptado a su etapa vital o si, por el contrario, no han



logrado establecer un equilibrio adecuado, propiciando en este último caso la posibilidad de que pueda concretarse la acomodación necesaria, lo que generará un mejor entorno familiar para el paciente.

- La *comunicación* de los miembros de las familias, ya que ella indica si los miembros de la familia han desarrollado la capacidad de escucha, la empatía y asertividad adecuadas, tanto para su buena relación familiar, como para la comprensión de la enfermedad psiquiátrica.
- Los *factores protectores y de riesgo*, con el fin de potenciar los primeros y disminuir o eliminar los segundos, de manera que pueda mejorarse la situación familiar si existen factores de riesgo y potenciar el desarrollo de los factores protectores, que propiciarán la adherencia al tratamiento de los pacientes del Hospital Diurno.
- La *acumulación de estrés familiar*, expresada en problemáticas reiteradas dentro de la familia e historiales de la misma, relacionados con alteraciones de la salud mental o enfermedades psiquiátricas, ya que esto influye directamente en la manera que la familia enfrenta la enfermedad del paciente y su consecuente adherencia al tratamiento o su rechazo a éste.
- La *percepción familiar* frente al tratamiento y al Equipo Profesional, ya que de la forma como las familias se sientan frente al tratamiento, es cómo lo enfrentarán; si les agrada el trato y la manera de expresarse por parte de los profesionales, responderán mejor al tratamiento y comprenderán la importancia de seguirlo.

8.4 SUGERENCIA A NIVEL ADMINISTRATIVO: SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR-QUILLOTA

- Mejorar la infraestructura del recinto Hospitalario:
- Ampliar el lugar, con el fin de brindar una mejor atención a los usuarios.



- A nivel del Área de Salud Mental Infanto-Juvenil, implementar un sistema de Terapia Familiar:
 - Tanto para los pacientes en Hospitalización Diurna como para los casos Ambulatorios, a fin de establecer un trabajo con la familia más especializado.

8.5 SUGERENCIAS METODOLÓGICAS

- Sistematizar la información de la familia de manera más ordenada y eficiente:
 - Que pueda ser accesible, para que tanto los profesionales como aquellas personas autorizadas, puedan comprender a mayor cabalidad la situación sociofamiliar, implementando, por tanto, formularios del historial familiar; al respecto, es preciso señalar que el presente Seminario da a conocer un formato que pudiera servir de referencia. Este formulario tipo ficha socio-familiar es presentado en la siguiente página, para su revisión e incorporación, si a la Institución le parece pertinente.



**8.5.1: PROPUESTA.
FICHA SOCIO-FAMILIAR**

ANTECEDENTES DEL PACIENTE:

Nombre del Paciente: _____
 Rut _____ Fecha de Nacimiento _____ Número de Ficha _____ Fecha de Ingreso _____
 Diagnóstico Médico _____ Sistema Previsional _____
 Derivación desde _____ Último curso aprobado _____

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Nombre del Familiar a cargo del Paciente _____ Rut _____
 Domicilio _____ Referencias del Domicilio. _____
 Teléfono Móvil _____ Teléfono Casa _____ Teléfono Recados _____ Fecha de Nacimiento _____
 Último curso aprobado _____ Ocupación/Profesión _____ Situación Laboral actual _____
 Ingreso Mensual _____ Beneficios Sociales _____
 Observaciones _____

IDENTIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR (Con quienes vive el paciente)

Nombre	Rut	Parentesco	Fecha Nac.	E. Civil	Último curso Aprobado	Estado de Salud	Previsión	Situación Laboral Actual	Aporte Familiar (\$)	Observación



FAMILIOGRAMA

COMPOSICIÓN FAMILIAR (Marcar con una cruz la familia a la cual corresponde el paciente)

<input type="checkbox"/>	Familia nuclear simple
<input type="checkbox"/>	Familia nuclear biparental
<input type="checkbox"/>	Familia nuclear monoparental
<input type="checkbox"/>	Familia extensa simple
<input type="checkbox"/>	Familia extensa biparental
<input type="checkbox"/>	Familia extensa monoparental
<input type="checkbox"/>	Familia extensa amplia (o familia compuesta):
<input type="checkbox"/>	Familia reconstituida

Factores Protectores (Marcar con una cruz los factores que se hayan identificado)

<input type="checkbox"/>	Relación estable con alguno o ambos padres
<input type="checkbox"/>	Ausencia de separaciones o pérdidas tempranas en la familia
<input type="checkbox"/>	Se observa a padres comprometidos con sus hijos
<input type="checkbox"/>	Se observa buena comunicación y conductas familiares adecuadas tanto a la edad como a la situación del paciente.



	Flexibilidad familiar
	Nivel socio-económico adecuado
	Trabajo estable del jefe de hogar
	Redes de apoyo presentes

Factores de Riesgo

	Bajo nivel educacional de los padres
	Abuso de sustancias
	Historial de violencia intra-familiar
	Enfermedades crónicas en la familia
	Hacinamiento
	Uniones inestables, conflictos reiterados en la pareja
	Subsistema familiar cerrado
	Ausencia de Redes de Apoyo
	Otros observados:

Etapas del ciclo familiar (Marcar con una cruz la etapa que corresponda)

	Familia con hijos pre-adolescentes
	Familia con hijos adolescentes

Antecedentes de problemáticas Psiquiátricas en la familia

Sí	___ Por línea materna
	___ Por línea paterna
No	___ Por filiación (hermana o hermano)



Dinámica Familiar

<p>Características familiares</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>										
<p>Tipología desde el Modelo Circumplejo de Olson</p> <table border="0" style="width: 100%;"><tr><td style="text-align: center;">Adaptabilidad</td><td style="text-align: center;">Cohesión</td></tr><tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Familia Estructurada</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Familia Aglutinada</td></tr><tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Familia Flexible</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Familia Conectada</td></tr><tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Familia Caótica</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Familia Independiente</td></tr><tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Familia Rígida</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Familia Desligada</td></tr></table>	Adaptabilidad	Cohesión	<input type="checkbox"/> Familia Estructurada	<input type="checkbox"/> Familia Aglutinada	<input type="checkbox"/> Familia Flexible	<input type="checkbox"/> Familia Conectada	<input type="checkbox"/> Familia Caótica	<input type="checkbox"/> Familia Independiente	<input type="checkbox"/> Familia Rígida	<input type="checkbox"/> Familia Desligada
Adaptabilidad	Cohesión									
<input type="checkbox"/> Familia Estructurada	<input type="checkbox"/> Familia Aglutinada									
<input type="checkbox"/> Familia Flexible	<input type="checkbox"/> Familia Conectada									
<input type="checkbox"/> Familia Caótica	<input type="checkbox"/> Familia Independiente									
<input type="checkbox"/> Familia Rígida	<input type="checkbox"/> Familia Desligada									
<p>Observaciones:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>										



Opinión familiar

¿Cómo le ha afectado la enfermedad de su hijo?

¿Siente que como familia han hecho algo para ayudarlo?
Si es así, ¿Qué cosas?

¿Qué entiende usted por el Tratamiento de su hijo?

¿Qué cree usted le ayudaría a mejorar a su hijo o a tener éxito en el Tratamiento?

¿Cómo evaluaría la disposición de los profesionales?

Observaciones generales respecto a la Ficha Socio-familiar:

Se contemplan varios ítems en la presente Ficha, los cuales deben irse llenando a medida que se avanza en las entrevistas familiares, hasta completar toda la ficha.



CAPÍTULO 9

BIBLIOGRAFÍA



CAPÍTULO 9:

BIBLIOGRAFÍA

9.1 Fuentes Primarias:

- Entrevista con Profesor de Sociología. Sr. Fernando Lobos.
- Entrevista con Profesora de Trabajo social y Psicopatología. Srta. Ketty Kazorla
- Entrevista con Equipo de profesionales Hospital Diurno Infanto-juvenil de Viña del mar.
- Entrevista con Asistente Social Hospital Diurno Infanto-juvenil de Viña del mar. Srta. Cecilia Peruzzi

9.2 Fuentes Secundarias:

9.2.1 Libros

- Browerman, Josette; Nirenberg, Olga; Ruiz, Violeta. "Evaluar para la transformación: Innovaciones en la Evaluación de programas y proyectos sociales". Ed. Paidós. Buenos Aires, Barcelona y México. 2000.
- Casamayor, Adriana; Marchesoni, Cristina. "Salud mental infanto-juvenil: Abordaje grupal desde el Trabajo social". Ed. Espacio. Buenos Aires, Argentina. 2005.
- Cohen, Hernesto; Franco, Rolando. "Gestión Social: Cómo lograr eficiencia e impacto en las Políticas sociales" Ed. Cepal S. XXI, en coedición con Naciones Unidas. 2007.



- Du Ronquet, Mathilde. "Los modelos en Trabajo social: Intervención con personas y familias". Ed. Siglo Veintiuno. España. 1996.
- Forni, Floreal. "Formulación y Evaluación de Proyectos de Acción Social". Ed. Humanitas. 1983.
- Gómez Sierra, Miguel. "Evaluación de los Servicios Sociales". Ed. Gedisa. 2004.
- Guelar, Diana. "La adolescencia: manual de supervivencia". Barcelona. 2002.
- Kisnerman, Natalio. "Salud Pública y Trabajo Social"; Ed. Humanitas; 1990
- L. Beneyto Naranjo, Carlos. "Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de la comunidad de Canarias". Edita: Gobierno de Canarias. 2006.
- Mazzáfero, Vicente Enrique y colaboradores; "Medicina en Salud Pública"; Ed. El Ateneo; Buenos Aires, Argentina; 1994.
- Musitu, Gonzalo. "Familia y adolescencia: un modelo de análisis e intervención psicosocial". Madrid. 2001
- Pastén Cordovez, Fernando. "Metodología de la Investigación Social". Ed. Edeval: Valparaíso, Chile. 1998.
- Hernández Sampieri, Roberto. "Metodología de la investigación". Ed. Mc Graw Hill. México. 2003.
- Taylor, S.J.; Bogdam, R. "Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación". Ed. Paidós. 1987.



9.2.2 Documentos y Revistas

- Abarzúa, Marianella; González, Marta. "Salud mental infanto-juvenil como problemática pública". Revista de Psicología, Vol. XVI, N°2. Chile. 2007.
- "Apoyo a la dinámica y estructura familiar". Edita: Consejería de Salud y Servicios Sociales. Dirección General de Servicios Sociales. C/Villamediana. Argentina. 2003.
- Cirici, Roser. "La adherencia al tratamiento de los pacientes psicóticos". Revista Psiquiatría Facultad de Medicina Barna. Barcelona. España. 2002.
- Condori Ingaroca, Luis Julio. "Funcionamiento familiar y situaciones de crisis de adolescentes infractores y no infractores en Lima Metropolitana" Lima, 2002.
- Dra. Torres, Rosa; Tutor: Dr. Sepúlveda, Rafael. Universidad de Santiago de Chile, Facultad de Ciencias Médicas; Dirección de Postgrado, Unidad de Psiquiatría. Curso de educación continua, Gestión en psiquiatría y salud mental. Monografía: "Experiencias de Psiquiatría Comunitaria en Chile" Diciembre de 2001.
- Dra. Castillo, Fresia. Psiquiatra Infanto juvenil Hospital Gustavo Fricke. Extracto: "Estilos de Crianza Saludable".2007.
- Hidalgo, C. y Carrasco, E. Extracto: Salud Familiar: Un modelo de Atención Integral en APS: "Factores de protectores y riesgo familiar". Chile. 1999.
- Gobierno de La Rioja. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Dirección General de Servicios Sociales. Coordinación: Servicio de Planificación y Servicio de Acción Social. "La Intervención Familiar en los Servicios Sociales Comunitarios. Programa de Trabajo social y apoyo a la dinámica y estructura familiar". Edita: Consejería de Salud y Servicios Sociales. Dirección General de Servicios Sociales. C/Villamediana. Argentina. 2003.



- Hospital Dr. Gustavo Fricke: Departamento de Salud Mental; Hospital Diurno Infanto Juvenil. "Objetivos y Metodología de funcionamiento Hospital Diurno Infanto Juvenil". Chile; 2008.
- Informe de la Dra. Ruth Depaux V. Un Modelo de Atención Integral con enfoque familiar. Chile. 2006.
- La Alianza de Wisconsin para la Salud Mental Infantil". Estados Unidos. 17 de junio de 2009.
- Minoletti, Alberto y Zaccaria, Alessandra. Temas de actualidad. "Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia". Chile. 2005.
- Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública; División de Prevención y Control de Enfermedades, Departamento de Salud Mental. "Atención de Niños, Niñas y Adolescentes con Trastornos Mentales, usuarios del Servicio Nacional de Menores". Chile. Octubre 2007.
- Preister, Steven. Revista n° 34 de Trabajo social; Universidad Católica de Chile. "La Teoría de sistema como marco de referencia para el estudio de la familia". Santiago, Chile. 1981.
- Quintanilla, Erika. Sepúlveda, Rafael. Conociendo el Hospital de Día en Psiquiatría: Un recurso estratégico en Psiquiatría Comunitaria. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria y Salud Mental para la Atención Primaria de Salud. Servicio de Salud Metropolitano Sur, Complejo Asistencial Barros Luco. Santiago. Chile. 2003.
- Rhodes, Sonya; Doctora en Trabajo social. Revista n° 39 de Trabajo social; Universidad Católica de Chile. "Un enfoque de desarrollo del ciclo de vida familiar". Chile. 1983



- Ricciardi, Celeste Ivana; Zampieri, Adriana Elizabeth. Programa Prevención y Asistencia al Maltrato Infante Juvenil. "Trabajo Social en el Campo de la Salud Mental Infante Juvenil" Argentina. 2006.

9.2.3 Webgrafía

- Definición de Percepción social. <http://definicion.de/percepcion-social>. Revisado el 26/03/2009.
- Página oficial del Ministerio de Salud de Chile. <http://www.minsal.cl/>. Revisado el 26/03/2009 y el 14/05/2009.
- Página oficial del Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar. <http://www.hospitalfricke.cl/>. Revisado el 28/06/2009.

9.2.4 Seminarios de Título Revisados

- Abazola Ahumada, Lorena; Alvarado Díaz, María José; Alvarez Cárcamo, Mónica; Bustos Vega, Verónica. "Un estudio descriptivo-explicativo con niños y niñas trabajadores (as), pertenecientes a establecimientos educacionales municipalizados emplazados en sectores de extrema pobreza de Viña del Mar" Universidad de Valparaíso. Escuela de Trabajo Social. 2003.
- Aguirre Astudillo, Karen; Valenzuela Ahumada, Karem. "Trabajo de familia y la enfermedad bipolar: una perspectiva desde el trabajo social con familias que presentan un paciente con trastorno bipolar". Universidad de Valparaíso. Escuela de Trabajo Social. 2003.
- Cerda Mayorga, María José; Gutiérrez Daffau, Valentina; Pérez Fierro, Carolina. "Representaciones sociales de trabajo infantil presentes en integrantes de juntas de vecinos de las comunas de Quilpué y Villa Alemana". Universidad de Valparaíso. Escuela de Trabajo Social. 2008..



- Chalot Navarro, Victoria. "Programa de Hogares Protegidos en la Provincia de Valparaíso, Hospital Psiquiátrico del Salvador: Evaluación y propuesta de intervención desde el Trabajo Social". Universidad de Valparaíso. Escuela de Trabajo Social. 2007.
- Martínez Gálvez, Mariel. Reyes Carreño, Carolina Andrea; Santibáñez Romero, María Soledad. "Investigación evaluativa acerca de las familias víctimas de delitos sexuales intrafamiliares: Significado y sistema de relaciones posterior a la estrategia de intervención del centro de atención a víctimas de delitos violentos de Viña del Mar" Universidad de Valparaíso. Escuela de Trabajo Social. 2007.
- Miranda Villalón, María Fernanda; Salinas Escalante, Daniela Nicole. "Estudio descriptivo-explicativo sobre la prioridad que otorgan los funcionarios activos afiliados al servicio de bienestar ser servicio de salud Valparaíso - San Antonio, a los beneficios ofertados por la unidad: Una propuesta desde el Trabajo Social para la optimización en la gestión de beneficios". Universidad de Valparaíso. Escuela de Trabajo Social. 2008.
- Morán Villanueva, Lorena. "Informe de sistematización: proyecto ilumina tu carrete, barrio puerto 2008. Universidad de Valparaíso. Escuela de Trabajo Social. 2008.
- Ordóñez Vega, Gabriela; Vidal Álvarez, Linda; Zamora Jorquera, Mariel. "Estudio exploratorio descriptivo: una aproximación al fenómeno del maltrato infantil, desde la realidad de las familias atendidas en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso". Universidad de Valparaíso. Escuela de Trabajo Social. 2007.
- Schramm, Karem. "Estudio y estrategia de autoprevisión en consumo de alcohol y drogas en un Liceo perteneciente a la corporación Municipal de desarrollo social de Valparaíso". Universidad de Valparaíso. Escuela de Trabajo Social. 2006.



CAPÍTULO 10

ANEXOS



CAPÍTULO 10:

ANEXOS

Anexo 10.1: "CUESTIONARIO FAMILIAR"

Nombre del familiar o tutor que contesta: _____
 Relación de parentesco con el paciente: _____
 Nombre del paciente: _____

1. ¿Con quiénes vive el paciente? Indicar nombre, edad, relación de parentesco (padre, hermano, abuelo, tutor, etc.) y escolaridad, en cada casillero según corresponda:

Nombre	Edad	Parentesco con el paciente	Escolaridad

2. ¿Quién está encargado del cuidado personal del paciente? Marque con una cruz la alternativa correcta:

Mamá	Papá	Abuelo/a	Tutor/a	Otro (especificar)

3. ¿Cómo son las relaciones entre los integrantes de la familia?

Buenas Malas Regulares Inexistentes
 Otras (especificar) _____
 Por qué _____

4. ¿Qué temas conversan como familia?

De lo que hacen diariamente
 Relacionados con la pareja
 De temas relacionados con los hijos (escuela, amigos, hábitos, conducta, etc.)
 De temas de trabajo
 De la actualidad (noticias, televisión, etc.)
 De la enfermedad de su hijo
 De nada (por qué) _____
 Otros (especificar) _____

5. Cuando alguien da una opinión o comentario, ¿le prestan atención?:

Siempre A veces Nunca
 Depende (de qué) _____
 Por qué _____

6. Cuando usted le dice algo a su hijo (ya sea conversaciones, instrucciones, preguntas), éste le entiende:

Siempre A veces Nunca. De ser a veces o nunca, ¿A qué lo atribuye?

7. Cuando su hijo no lo entiende o no responde a sus indicaciones, usted:

Le habla tranquilamente, haciéndole saber que no le entendió u obedeció.
 Le dice una y otra vez lo que quiere decirle hasta que le responda
 Le insiste hasta que le colma la paciencia y usted se enoja con él



No insiste, pero le hace saber que está enojado no tomándolo en cuenta cuando le pide algo o quiere hablar con usted.

Se enoja y comienza a retarlo y recriminarle que no le pone atención

Lo recrimina por esta situación inmediatamente, castigándolo por su comportamiento
Por qué _____

8. ¿Cómo sabe que su hijo está (describalo):
Alegre _____

Con miedo _____

Ansioso _____

Preocupado _____

Triste _____

Enojado _____

9. ¿Cómo reacciona su hijo frente a una norma, regla o un no de la familia:

Las respeta y obedece la mayoría de las veces

No las obedece en primera instancia, pero luego de insistirle cumple con ellas.

Hace caso a ello cuando cree que son justas, pero las que no le parece no las cumple.

Las ignora

Reacciona con Pataletas

Reacciona violentamente

Otras (Especificar) _____

10. Hay discusiones recurrentes en su familia, como:

Por comportamientos de su hijo

Problemas conyugales

Por la enfermedad de su hijo

Por causas fuera del hogar

Problemas económicos

No existen dichas discusiones

Asuntos domésticos

Otras (especificar) _____

11. De qué manera reacciona a dichas discusiones

Conversándolas pacíficamente

Subir de tono de voz para hacerse escuchar

Invalidando la postura u opinión del otro para hacerme escuchar

Descalificando al otro

Reprochando al otro la situación (sacar las cosas en cara)

Irse, pegando un portazo para encerrarse en la pieza

Ignorándolo, sin contestarle nada

Con insultos o gritos

Desquitándome con las cosas o muebles

Desquitándome después con otros

Otros (Especificar) _____

12. Cuando existe algún problema o conflicto, ¿a quién recurre usted como apoyo?:

Su pareja

Alguno de sus hijos (especificar cuál) _____

Otro integrante de la familia (especificar cuál) _____

Amigo o vecino

Otros (Especificar) _____

Por qué _____

13. ¿Cómo se reparten las tareas en la casa?:





14. ¿Qué rol cumple usted (padres o cuidadores) dentro de la familia?:

Crianza	M	P	O	Mantenimiento	M	P	O
¿Quién es el apoderado?				¿Quién provee para la mantención económica?			
¿Quién ayuda en las tareas?				¿Quién paga las cuentas?			
¿Quién se preocupa de la salud?				¿Quién realiza las compras para el hogar?			
¿Quién le entrega atención cuando está triste o cariño?				¿Quién realiza las tareas domésticas?			
¿Quién dicta las normas o reglas de la casa?				¿Quién se preocupa de las reparaciones de la casa?			
¿Quién se encarga de cocinar en la casa?							
¿Quién cuida al niño?							

15. ¿Qué tareas realizan los niños dentro del hogar?:

- Orden y aseo de su pieza
- Ir a comprar
- Colaborar en algunas labores domésticas (cuáles) _____
- Cuidar a hermanos menores
- Otros (especificar) _____

16. En su casa, por lo general quién establece las reglas o normas de:

Regla o Norma	M	P	A
Horario de levantarse y acostarse			
Horarios de llegada al hogar después del colegio o después de salir a jugar			
Establecer y supervisar hábitos (de aseo, comida, realización de tareas escolares)			
¿Quién da los permisos?			
¿Quién establece sanciones o castigos?			
¿Quién se encarga de cómo deben comportarse con los demás?			
Otros (Cuáles)			

17. ¿Cuáles son las normas o reglas que tienen en la casa?

Por ejemplo, de juntarse a almorzar, de llegar al hogar, de comportarse frente a los demás, de comportarse con otros miembros de la familia, etc.

18. ¿Los hijos tienen claras estas normas o reglas que se tienen en la casa?

- Sí
- No
- Más o menos

Cómo las saben

19. ¿Qué reglas o normas son las que cuesta(n) más cumplir (las)?:

Por qué

20. ¿Tiene pareja en estos momentos? Sí No

De ser así:

¿Cómo se lleva usted con su pareja?:

- Bien
- Mal
- Regular

Por qué _____

21. ¿Están de acuerdo ambos con las normas que existen en la familia?:

- Siempre
- A veces
- Nunca

Otros (especificar) _____

Por qué _____



22. ¿Quién frecuentemente plantea las normas o reglas de la casa?
 Padre Madre Pareja Ambos Padres
 Abuelo Tío
 Otros (Especificar) _____

23. ¿Quién es el que manifiesta mayor preocupación para que se cumplan las reglas?
 Padre Madre Pareja Ambos Padres
 Abuelo Tío
 Otros (Especificar) _____

24. ¿Cómo se lleva usted con cada uno de sus hijos? (desde el mayor al menor, si corresponde):

Nombre del hijo	Bien	Mal	Regular	Por qué

25. ¿Cómo se llevan entre sus hijos?:

Hijos	Bien	Mal	Regular	Por qué
Hermano 1 con hermano 2				
Hermano 2 con hermano 3				
Hermano 1 con hermano 3				

26. ¿Con quién se relaciona mejor o tiene mayor cercanía cada miembro de la familia?:

Miembro	Madre	Padre	Hijo 1	Hijo 2	Hijo 3	Otros	Por qué
Madre							
Padre							
Hijo 1							
Hijo 2							
Hijo 3							
Otros							

27. ¿Qué hace cada uno fuera del hogar?:

Usted _____
 Su Pareja _____
 Sus Hijos _____

28. ¿Qué cosas comparten como familia? Especificar cada una:

Trabajo Estudio Asuntos domésticos, de la casa
 Intereses Amigos Tiempo Lugares
 Ninguna de las anteriores
 Otros _____

29. ¿Qué sabe del otro cada uno de los integrantes de la familia? De manera general:

Usted de su pareja _____
 Su pareja de usted _____
 Usted de sus hijos _____
 Sus hijos de usted _____
 Entre sus hijos (especificar qué de quién) _____



30. Cuando alguno de los integrantes de su familia tiene un problema, los demás responden a éste:

- Involucrándose en dicho problema
 Escuchando a dicho integrante
 Ignorando el problema
 Otras (especificar) _____
- Ayudando en lo que puedan
 Sugiriéndole soluciones

31. Cual de las siguientes afirmaciones, lo identifica a usted más respecto a la relación con su hijo:

- Soy afectuoso, cariñoso con mi hijo, pero pongo reglas estrictas en la casa.
 No me agrada cuando mi hijo está triste, llorando o enojado y le hago saber que no me parece su comportamiento.
 A mi hijo lo dejo hacer lo que quiera a menos que me colme la paciencia, entonces lo castigo.
 Con mi hijo conversamos los problemas o situaciones que lo afectan, con el fin de ayudarlo a encontrar la mejor solución.

32. Respecto a la disciplina que aplica a su hijo, usted:

- Establece normas y límites claros, cumpliendo con ellas en su totalidad.**
 O Las normas van cambiando de acuerdo a la situación que se presente y cada padre tiene las suyas, independientemente del otro.
 Le da al niño advertencias y señales claras con respecto a las normas que debe respetar en la casa.
 O Cuando mi hijo se porta mal de inmediato lo castigo severamente.
 Cuando su hijo se porta bien le da elogios y le expresa cariño
 O Piensa que su hijo debe portarse siempre bien, independientemente si usted se lo hace saber o no.
 Trata de prevenir los problemas antes que éstos ocurran
 O A medida que van surgiendo problemas voy viendo como resolverlos
 O Cuando hay algún problema es porque mi pareja o hijos fueron los causantes de éstos y se los hago saber.
 Frente a la violación de una norma, como por ejemplo: su hijo no hizo una tarea, usted conversa con él al respecto, de forma que comprenda que debe cumplir con sus responsabilidades.
 O Frente a la violación de una norma, como por ejemplo: su hijo no le obedece, usted le reprocha esta situación y lo castiga (llegando a veces a la violencia).

33. ¿Con su pareja o parientes con los que vive (abuelos, tíos) han conversado y están de acuerdo con formas de educar y disciplinar a su hijo?:

- Sí, lo han conversado y están de acuerdo.
 Lo han conversado, pero no logran ponerse de acuerdo.
 No lo han conversado, pero coinciden en ello.
 Las formas de educar y disciplinar de su pareja y/o parientes es diferente a la suya.

34. Ordene numéricamente por prioridad, los siguientes aspectos del hogar

- Disciplina y Normas
 Alimentación y vestuario
 Dinero y Trabajo
 Amistades y Actividades fuera del hogar (iglesia, deportes, recreación, etc.)
- Afecto y cariño
 Educación
 Tiempo juntos como familia
- Salud

35. De acuerdo a las siguientes frases, usted caracterizaría a su hijo como:

- Es motivado, se propone hacer cosas y deja también que otros se las propongan.**
 A veces está motivado, pero otras veces se muestra indiferente.
 O nunca se motiva ni se propone cosas.
 Tiene buenas relaciones con los demás y con niños de su edad.
 Tiene buenas relaciones con los demás, en general, pero a veces pelea o se lleva mal con algunas personas.
 O constantemente tiene peleas y no mantiene relaciones cercanas con los demás.
 Sabe cómo enfrentar y resolver sus problemas.
 Cuando hay problemas que no puede resolver, se angustia y no sabe qué hacer.
 Dependiendo del problema, pide ayuda para resolverlo.
 Siempre pide ayuda para resolver sus problemas, porque no sabe cómo enfrentar las situaciones difíciles.



Su estado de ánimo es constantemente positivo (alegre, se ríe, comparte, etc.)

Su estado de ánimo se relaciona con las circunstancias que vive.

Su estado de ánimo es cambiante y no se relaciona con las situaciones que vive.

O su estado de ánimo es constantemente negativo.

Otras (especificar) _____

36. Su hijo comparte principalmente con:

Padre Madre Tutor Hermanos

Amistades Personas del Hospital

Por qué _____

37. ¿Participan en alguna de las siguientes actividades extra-familiares?:

Iglesia Deportes Talleres Centro de padres

Otros (especificar) _____

38. ¿Reciben apoyo de Redes de la comunidad como...?:

Municipalidad Hospitales Junta de vecinos

ONG

Otros (especificar) _____

De que manera _____

39. Cuando algún integrante de la familia tiene un problema, ¿cómo enfrenta la familia este hecho?:

Lo resuelve por sí solo

De requerirlo (el integrante con el problema), la familia ayuda a resolver el problema

Siempre enfrentan juntos los problemas

Otros _____

40. Cuando ocurre un evento inesperado, algo que no tenía previsto la familia, como la enfermedad de su hijo, la cesantía de algún miembro de la familia, ¿cómo reacciona la familia?:

Con angustia en primera instancia, pero luego visualizando alguna solución.

Con miedo o temor a estas situaciones

Tratando de evitar enfrentar o siquiera hablar de esta situación

Pensando constantemente en dicho problema y angustiándose por dicha situación.

Mostrándose intranquilo con su familia y otras personas.

Otros (especificar cuáles) _____

41. ¿Siente usted que en su familia hay problemas recurrentes?:

Sí No

Cuáles _____

42. Como familia, ¿qué han sentido ustedes respecto a la enfermedad de su hijo?

43. ¿De qué manera han enfrentado, como familia, la enfermedad de su hijo?

44. ¿Ha hecho algo en relación a la enfermedad de su hijo?

Sí No

¿Qué cosas? _____

45. ¿Qué espera usted del tratamiento de su hijo?:



Anexo 10.2: "CUESTIONARIO A PACIENTES"



Nombre del paciente: _____

1. ¿Quiénes componen tu hogar o son los miembros de tu familia?

Mamá Papá Hermano (s)
 Otro (quién/es) _____

2. ¿Quién te cuida?

Mamá Abuelos Hermanos Papá
 Otros (señalar quienes) _____

3. Relata alguna situación o evento en tu hogar o con tu familia:

<input type="checkbox"/> Alegre	
<input type="checkbox"/> Triste	
<input type="checkbox"/> Se hayan enojado	
<input type="checkbox"/> Hayan Peleado	

4. Dibuja a las personas con quien vives (Hogar) o a tu familia (si vive con ella):



5. De las personas que dibujaste, ¿con quién eres más cercano?

¿Por qué?

6. De las personas que dibujaste, ¿con quién te sientes más lejano?

¿Por qué?

7. En relación a tu familia o personas con quienes vives ¿qué hace cada uno en la casa? Por ejemplo cocinan, hacen tareas, etc.

Integrante	Estudia	Trabaja	Labores de la casa	Otros
Papá				
Mamá				
Hermano 1				
Hermano 2				
Hermano 3				
Otro (quién)				

8. ¿A quién obedeces o haces más caso en tu familia u hogar?

Mamá Papá Hermano (cuál) _____

Otro (especificar) _____

9. ¿Qué hacen cuando no haces caso?

10. ¿Qué cosas te permiten hacer en tu casa?

11. ¿Qué cosas no te permiten hacer en tu casa?

12. ¿Participas en actividades extra-familiares o fuera de tu hogar?

Colegio Amigos Talleres Iglesia

Otros (Cuál/es) _____

13. ¿Qué hacen juntos como familia o juntos en tu hogar?

Almuerzan juntos cuando pueden Juegan

Salen a pasear Pelean

Otros _____

14. ¿Cómo expresas lo que sientes a tu familia o cercanos? Tu rabia(1), alegría(2), tristeza(3).

Me quedo solo, para que nadie me moleste

Trato de compartir lo que siento con mi familia

Le cuento a otras personas lo que me pasa, porque mi familia no me escucha



Me pongo a pelear

Los insulto

Otros

15. Si pudieras cambiar algo dentro de tu familia ¿qué sería?

16. ¿Cómo enfrentas o reaccionas cuando tienes un problema?

Con rabia

Me quedo callado

Le cuento a mi familia o a algún cercano

Solo les cuento a las Tías del Hospital y no a mi familia

Violentamente

Otros _____

17. ¿Te gusta venir al Hospital?

Sí

No

Por qué

18. ¿Sabes por qué vienes al Hospital?

19. ¿Cómo sientes que te tratan en el Hospital?:

Personal	Bien	Mal	Más o menos	Por qué
Cocinera				
A. Social				
Enfermera				
Psicóloga				
Psiquiatra				
Monitores				
Secretaria				
Psicopedagoga				
Otros				

20. ¿Qué ha hecho tu familia para ayudarte desde que estás en el Hospital?

21. ¿Qué cosas crees que son importantes para ayudarte a mejorar?



Anexo 10.3: "ANTECEDENTES SOCIO-FAMILIARES"

A continuación se presenta el formulario realizado por el Equipo Seminarista, para traspasar la información relevante de las Fichas Clínicas de los Pacientes, en relación a la temática de Estudio, el cual se da a conocer con dicha información recabada, en el Apéndice del Presente Seminario de Título.

Cuadro 10.1: "Antecedentes Socio-Familiares del Paciente"

Nombre del Paciente	Estado de Salud	Situación Socio-familiar
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		

(Elaborado por Equipo Seminarista)

